



Ministerio de  
Salud

Gobierno de Chile

# COMPROMISOS DE GESTIÓN 2021 EN EL MARCO DE LAS REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD



**Ministerio de Salud  
Subsecretaría de Redes Asistenciales  
Gabinete  
Año 2021**



## AUTORES

### **Departamento de Control de Gestión, Gabinete, Subsecretaría de Redes Asistenciales.**

Sebastián Cid Alvarado.

Maximiliano Córdova Alarcón.

## COLABORADORES

### **Ministerio de Salud.**

#### **Gabinete.**

#### **Departamento TIC.**

Fernando Chesta Carrasco.

### **Subsecretaría de Redes Asistenciales.**

#### **Gabinete.**

#### **Departamento de Participación Ciudadana y Trato al Usuario.**

Ángelo Valladares Contreras.

Lucía Arias Pons.

Paulina Guzmán Soto.

#### **Departamento de Salud Digital.**

María José Letelier.

Vezna Sabando Franulic.

Carlos Arapob Urbina.

#### **División de Presupuesto.**

#### **Departamento de Eficiencia Hospitalaria.**

Ricardo Martino Bassano.

Natalia Díaz Núñez.

Alejandra Ramos Vega.

#### **División de Gestión de la Red Asistencial.**

#### **Departamento de Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria.**



Beatriz Martínez Mallett.  
Inés González Soto.  
María Angélica Morales C.  
María Francisca Molina Pérez.  
Lisset Slaibe Carrasco.  
Carolina Isla Meneses.  
Paulo Vilches González.  
María Elena Campos Alarcón.  
Margarita Pereira Córdova.  
Paula Cordero Queirolo.

**Departamento Odontológico.**

Claudia Campos Ponce.  
Romina Venturino Solar.  
Rodrigo Albornoz González.  
José Rosales Caniumil.

**Departamento de Calidad y Seguridad de la Atención.**

Pamela Flores Rojas.  
Mauro Orsini Brignole.

**Departamento GES, Redes Complejas y Líneas Programáticas.**

Susana Chacón Sandoval.  
Rodrigo Casanueva Jonhson.  
Daniel Venegas Soto.  
Felipe Salinas Gallegos.  
María Alicia Ribes Langevin.

**Departamento de Integración de Proyectos Hospitalarios.**

Katty Campos Salgado.

**Oficina de Gestión de la Información.**

Silvana Santander Azar.  
Leonardo Molina Fuentes.  
Patricio Manríquez Arriagada.

**Unidad de Coordinación de Procuramiento y Trasplante de Órganos y Tejidos.**

Juan Eduardo Sánchez Valenzuela.  
Carolina Oshiro Riveros.

**División de Atención Primaria.**

**Departamento de Control de Gestión y Calidad.**



Marcela Rodríguez Romero.  
Iris Cerda Alvarado.

### **Departamento de Gestión Operacional.**

Gisela Schaffer L.

### **Departamento de Gestión de los Cuidados.**

Dámaris Meza Lorca.  
Yukiko Kuwahara Aballay.  
Paulina Núñez Venegas.  
Álvaro Campos Muñoz.  
Nanet González Olate.  
Carolina Lara Díaz.  
Juan Herrera Burott.  
Pamela Muñoz Abarca.

### **División de Gestión y Desarrollo de las Personas.**

#### **Departamento de Calidad de Vida Laboral.**

María Isabel Acosta Vásquez.  
Constanza Aldunate Grez.

#### **Departamento de Planificación de Personas en Salud y Control de Gestión.**

Susan Marín Lizama.

#### **Oficina de Sistema de Información de Gestión De Personas.**

Cecilia Digmann Muñoz.

### **División de Inversiones.**

#### **Departamento de Recursos Financieros.**

Macarena Castro Brugueras.

### **Subsecretaría de Salud Pública.**

#### **División de Prevención y Control de Enfermedades.**

#### **Departamento de Manejo Integral del Cáncer y Otros Tumores.**

Dunja Roje Fernández.  
Marlene Valenzuela Valdenegro.  
Jéssica Villena Gatica.



Orietta Candia Pérez.

**Departamento Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS.**

María Teresa Silva Qulodrán.



## Índice

<b>Introducción</b> .....	<b>8</b>
COMGES N°1 <b>"Proceso de Referencia y Contrarreferencia en la Red Asistencial"</b> .....	<b>19</b>
COMGES N°2 <b>"Programación de Profesionales y Actividades en Red"</b> .....	<b>36</b>
COMGES N°3 <b>"Estandarización del Proceso de Agendamiento en la Red Asistencial"</b> .....	<b>55</b>
COMGES N°4 <b>"Reducción de los Tiempos de Espera por Consultas Nuevas de Especialidades Médicas"</b> .....	<b>77</b>
COMGES N°5 <b>"Reducción de los Tiempos de Espera por Intervenciones Quirúrgicas"</b> .....	<b>90</b>
COMGES N°6 <b>"Fortalecimiento de la Salud Bucal"</b> .....	<b>102</b>
COMGES N°7 <b>"Fortalecimiento del Plan Nacional de Cáncer"</b> .....	<b>121</b>
COMGES N°8 <b>"Diseño de Redes Asistenciales Integradas"</b> .....	<b>141</b>
COMGES N°9 <b>"Fortalecimiento de la Salud Mental"</b> .....	<b>149</b>
COMGES N°10 <b>"Fortalecimiento de la Salud en Personas Mayores"</b> .....	<b>164</b>
COMGES N°11 <b>"Fortalecimiento del Proceso de Atención de Urgencia"</b> .....	<b>178</b>
COMGES N°12 <b>"Fortalecimiento del Proceso de Hospitalización"</b> .....	<b>190</b>
COMGES N°13 <b>"Fortalecimiento del Proceso Quirúrgico"</b> .....	<b>201</b>
COMGES N°14 <b>"Aumento de Donantes Efectivos para Trasplantes"</b> .....	<b>209</b>
COMGES N°15 <b>"Prevención y Control del VIH - SIDA"</b> .....	<b>219</b>
COMGES N°16 <b>"Fortalecimiento de la Satisfacción Usuaría"</b> .....	<b>230</b>
COMGES N°17 <b>"Fortalecimiento de la Participación Ciudadana"</b> .....	<b>236</b>
COMGES N°18 <b>"Política Comunicacional de los Servicios de Salud"</b> .....	<b>250</b>
COMGES N°19 <b>"Optimización de los Procesos de Gestión de Inventario de Medicamentos en Farm..."</b> .....	<b>259</b>
COMGES N°20 <b>"Política de Calidad y Seguridad en la Atención"</b> .....	<b>269</b>
COMGES N°21 <b>"Disminución del Ausentismo Laboral en la Red Asistencial"</b> .....	<b>277</b>
COMGES N°22 <b>"Fortalecimiento de la Salud Digital y de los Sistemas de RCE En Salud"</b> .....	<b>291</b>
COMGES N°23 <b>"Fortalecimiento de los Sistemas de Información en el Ámbito de Gestión y Des..."</b> .....	<b>309</b>
COMGES N°24 <b>"Ejecución Presupuestaria para Proyectos de Inversión Sectorial"</b> .....	<b>316</b>
COMGES N°25 <b>"Fortalecimiento del Proceso de Compra de Medicamentos en Establecimientos..."</b> .....	<b>322</b>



## Introducción

Los Compromisos de Gestión son una herramienta de control de gestión que permiten evaluar el desempeño de los Servicios de Salud y su red de establecimientos en los distintos ámbitos priorizados por la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Su formulación responde a conceptos teóricos, legales y metodológicos, en donde, para una mejor comprensión de su implementación en los Servicios de Salud, es necesario profundizar en cada uno de ellos.

### Antecedentes Históricos y Conceptos Relevantes.

**La declaración de Alma-Ata**, conferencia internacional realizada en el año 1978, marca un hito en lo respecta al enfoque que deben seguir los países en el mundo para garantizar la salud y la prestación de servicios sanitarios a toda su población, reiterando que, para lograr el mayor grado de salud de la población, es imperante la coordinación intersectorial y no sólo del sector salud. La promoción y protección de la salud de las personas es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de la vida y a alcanzar la paz mundial<sup>1</sup>. Además, reconoce el derecho de las personas a participar de manera individual y colectiva en la planificación y aplicación de su atención en salud.

Para lograr este objetivo, se impulsa la estrategia de Atención Primaria de Salud como la clave para que los Gobiernos cumplan con su obligación de cuidar el estado de salud de su población, y en consecuencia, se instala la obligación gubernamental de formular políticas y estrategias nacionales para iniciar y mantener la Atención Primaria como parte de un sistema nacional de salud completo y coordinado con otros sectores, con el objetivo mundial de que al año 2000, los países debían alcanzar un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. Sin embargo, al finalizar el milenio, la evaluación de su implementación fue deficiente en la mayoría de los países<sup>2</sup>, lo que condujo a renovar los esfuerzos y buscar nuevos enfoques y alternativas para cumplir con el mandato.

En el año 2003 - y a 25 años de la declaración de Alma-Ata - la Organización Panamericana de Salud realizó un proceso de reformulación de las estrategias en Atención Primaria. Durante la celebración de su 44º consejo directivo, se resuelve que los Estados miembros deben reforzar sus esfuerzos para que la atención primaria cuente con los recursos necesarios que aseguren su contribución a la reducción de las desigualdades en salud, y por su parte, la OPS debía iniciar un proceso que recogiera las mejores prácticas de la región a través de una consulta regional, para definir las futuras orientaciones estratégicas y programáticas en la materia<sup>3</sup>. Como producto de lo anterior, en el año 2005 se publica el documento **“La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas”**<sup>4</sup>. En sus orientaciones, se propone como estrategia fundamental los Sistemas de Salud

---

<sup>1</sup> Organización Mundial de la Salud, Declaración de Alma-Ata, Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.

<sup>2</sup> Pérez SL, Arrivillaga M. Redes integradas de servicios de salud en el marco de la atención primaria en salud en países seleccionados de América Latina. *Salutem Scientia Spiritus* 2017; 3(2):32-49.

<sup>3</sup> Organización Panamericana de la Salud, Resolución CD44.R6 Atención Primaria De Salud En Las Américas: Las Enseñanzas Extraídas A Lo Largo De 25 Años Y Los Retos Futuros, Washington, D.C., EUA, 22 al 26 de septiembre de 2003.

<sup>4</sup> Organización Panamericana de la Salud. Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, D.C: OPS, © 2007.





basados en Atención Primaria, la cual incluye los principios fundamentales de la declaración de Alma-Ata, pero además incorpora nuevas visiones y estrategias como la **Carta de Ottawa**<sup>5</sup> para la promoción de la salud, la **Declaración del Milenio**<sup>6</sup> y la **Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud**. Posteriormente, tanto a nivel regional como mundial, la OPS - OMS continuó presentando orientaciones para afrontar el desafío que propone la Atención Primaria en los países<sup>7 8</sup>.

Sin embargo, uno de los principales problemas sin resolver, y que afecta directamente el cumplimiento de los objetivos planteados para desarrollar los sistemas de salud basados en Atención Primaria, corresponde al alto nivel de fragmentación que presentan las redes de servicios de salud. Debido a que la experiencia acumulada demuestra que la excesiva fragmentación de los servicios de salud genera dificultades en el acceso a los servicios, la prestación de servicios de baja calidad técnica, el uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles, un incremento innecesario de los costos de producción, y una baja satisfacción de los ciudadanos con los servicios recibidos<sup>9</sup>, la OPS desarrolló durante el año 2008 un proceso de consultas con los países para tratar el problema de la fragmentación de los servicios de salud y las estrategias para abordarla, cuyo producto fue la publicación del documento **"Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas"**, presentado y aprobado en el 49º Consejo Directivo de la OPS en el año 2009. En aquella instancia, se insta a los países miembros a tomar conciencia de la problemática que significa la fragmentación de los servicios de salud en el sistema, a propiciar un diálogo participativo que aborde la problemática de la fragmentación, y a elaborar un plan nacional que busque la implementación de las Redes Integradas de Servicios de Salud con un enfoque de salud familiar y comunitario. A su vez, se promueve la formación de recursos humanos en la materia y a la evaluación periódica de la instalación de las Redes Integradas de Servicios de Salud en los sistemas<sup>10</sup>.

Posteriormente, en el año 2011 se publica el documento **"Redes Integradas De Servicios De Salud: El Desafío De Los Hospitales"**, el cual aborda la redefinición del rol de los hospitales y su posición para vencer la fragmentación, debido a que la visión tradicional de los hospitales como entidades "autónomas" y la falta de coordinación entre los servicios hospitalarios y otros dispositivos de la red de servicios, constituyen un factor importante de esa fragmentación y atentan contra la necesidad de nuevos modelos de prestación de servicios de salud más adaptados a las nuevas necesidades y que provean servicios de salud eficientes, efectivos y equitativos. Además, aborda la problemática que resulta la percepción social de los hospitales y el privilegio de las asignaciones presupuestarias hacia ellos, en desmedro del desarrollo de la Atención Primaria<sup>11</sup>.

<sup>5</sup> Organización Mundial de la Salud, Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, Ottawa, Canadá, 17-21 de noviembre de 1986.

<sup>6</sup> Organización de las Naciones Unidas, 55/2 Declaración del Milenio, Quincuagésimo Quinto Período de Sesiones, ONU: 13 de septiembre de 2000.

<sup>7</sup> Organización Panamericana de la Salud, Resolución CD46 - Declaración Regional sobre las Nuevas Orientaciones de la Atención Primaria de Salud (Declaración De Montevideo), 46º Consejo Directivo, Washington, D.C., EUA, 26-30 de septiembre 2005.

<sup>8</sup> Organización Mundial de la Salud, La Atención Primaria de Salud "Más Necesaria que Nunca", Informe sobre la salud en el mundo, 2008.

<sup>9</sup> Organización Panamericana de la Salud "Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas", Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No.4. Washington, D.C.: OPS, © 2010.

<sup>10</sup> Organización Panamericana de la Salud, Resolución CD49.R22 - Redes Integradas de Servicios de Salud basadas en la Atención Primaria de Salud, 49º Consejo Directivo, Washington, D.C., EUA, del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2009.

<sup>11</sup> Artaza Barrios, Osvaldo; Méndez, Claudio A.; Holder Morrison; Reynaldo; Suárez Jiménez, Julio Manuel. Redes Integradas De Servicios De Salud: El Desafío De Los Hospitales. Santiago, Chile: OPS/OMS, 2011.



Hacia el año 2014, en la 53<sup>o</sup> sesión del Consejo Directivo de la OPS, se aprueba la **“Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud”**, debido a que la región continúa siendo una de las más inequitativas del mundo en la entrega de prestaciones de salud<sup>12</sup>. Y como apoyo a la implementación de esta estrategia y al desarrollo de las RISS, en el año 2018 se publica el documento **“Hospitales en Redes Integradas de Servicios de Salud. Recomendaciones Estratégicas”**, cuyo objetivo principal es presentar las ideas surgidas de la discusión regional sobre el futuro de los hospitales y las nuevas funciones de los hospitales en las RISS. Además, considera y sintetiza, entre otros, los planteamientos del documento Redes integradas de servicios de salud: el desafío de los hospitales, las discusiones de los talleres de gerentes realizados en 28 países de las Américas, el resultado de diversos encuentros de especialistas y los estudios realizados por la OPS para recoger opiniones de los gestores en determinados países de la Región. También se nutre de experiencias internacionales y buenas prácticas reconocidas en una revisión bibliográfica sistemática sobre la evolución y tendencias futuras del hospital realizada por la Escuela Andaluza de Salud Pública por encargo de la OPS<sup>13</sup>.

Y el día de hoy, a 40 años de la Declaración de Alma-Ata, los compromisos expresados en aquella histórica instancia se reafirman con el mismo ímpetu y convicción. Durante el desarrollo de la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud, desarrollada en el mes de octubre de 2018 en Kazajstán, se publica la **“Declaración de Astaná”**, en donde los jefes de estado y gobiernos reafirmaron su compromiso con todos los valores y principios, y en particular la justicia y la solidaridad, de la Declaración de Alma-Ata, y se comprometen a tomar decisiones políticas audaces en pro de la salud en todos los sectores; establecer una atención primaria de la salud que sea sostenible, desarrollando conocimientos y capacidades, tecnologías y asignación del financiamiento adecuado y acorde a cada capacidad; empoderar a las personas y las comunidades; y alinear el apoyo de las partes interesadas con las políticas, estrategias y planes nacionales<sup>14</sup>.

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

## Redes Integradas de Servicios de Salud

Las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), definidas como **“una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”**, corresponden a la estrategia impulsada por la OPS para vencer la fragmentación,

<sup>12</sup> Organización Panamericana de la Salud, Resolución CD53/5 - Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud, 53<sup>o</sup> Consejo Directivo, Washington, D.C., EUA, del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014.

<sup>13</sup> Organización Panamericana de la Salud. Hospitales en redes integradas de servicios de salud. Recomendaciones estratégicas. Washington, D.C.: OPS; 2018.

<sup>14</sup> Organización Mundial de la Salud, Declaración de Astaná, Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud - Desde Alma-Ata hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible, Astaná (Kazajstán), 25 y 26 de octubre de 2018.



problemática presente en los países de Latinoamérica y que dificulta la consecución de logros sanitarios. Las causas que provocan fragmentación en los sistemas son variadas, entre las que se encuentran:

- Segmentación institucional del sistema de salud y de los mecanismos de financiamiento.
- Predominio de programas y modelos de atención focalizados en enfermedades.
- Financiamiento insuficiente que impide la prestación de servicios integrales.
- Débil capacidad rectora de la autoridad sanitaria.
- Falta de recursos humanos calificados.

Y sus efectos repercuten tanto a nivel de las personas como a nivel de los sistemas y servicios:

— **A nivel de las Personas:**

- Falta de acceso a los servicios y/o de oportunidad en la atención.
- Pérdida de la continuidad de los procesos asistenciales.
- Falta de conformidad de los servicios con las necesidades y las expectativas de los usuarios.

— **A nivel de los Sistemas y Servicios:**

- Descoordinación e incomunicación entre los distintos niveles y sitios de atención.
- Duplicación de servicios e infraestructura.
- Capacidad instalada ociosa.
- Sobreutilización de recursos.
- Cuidado de salud provisto en el lugar menos apropiado, particularmente a nivel hospitalario<sup>1516</sup>.

Por lo tanto, la misión de vencer la fragmentación debe ser prioridad para cualquier administración. Y la utilización de la metodología de las Redes Integradas de Servicios de Salud, contribuye a la integración de las redes y de las personas que las componen. Sus virtudes han sido descritas por la literatura, entre las que se menciona:

## Publicaciones OPS sobre RISS

**2009**

**Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opiniones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas**



**2011**

**Redes Integradas de Servicios de Salud. El Desafío de los Hospitales**



**2018**

**Hospitales en Redes Integradas de Servicios de Salud. Recomendaciones Estratégicas**

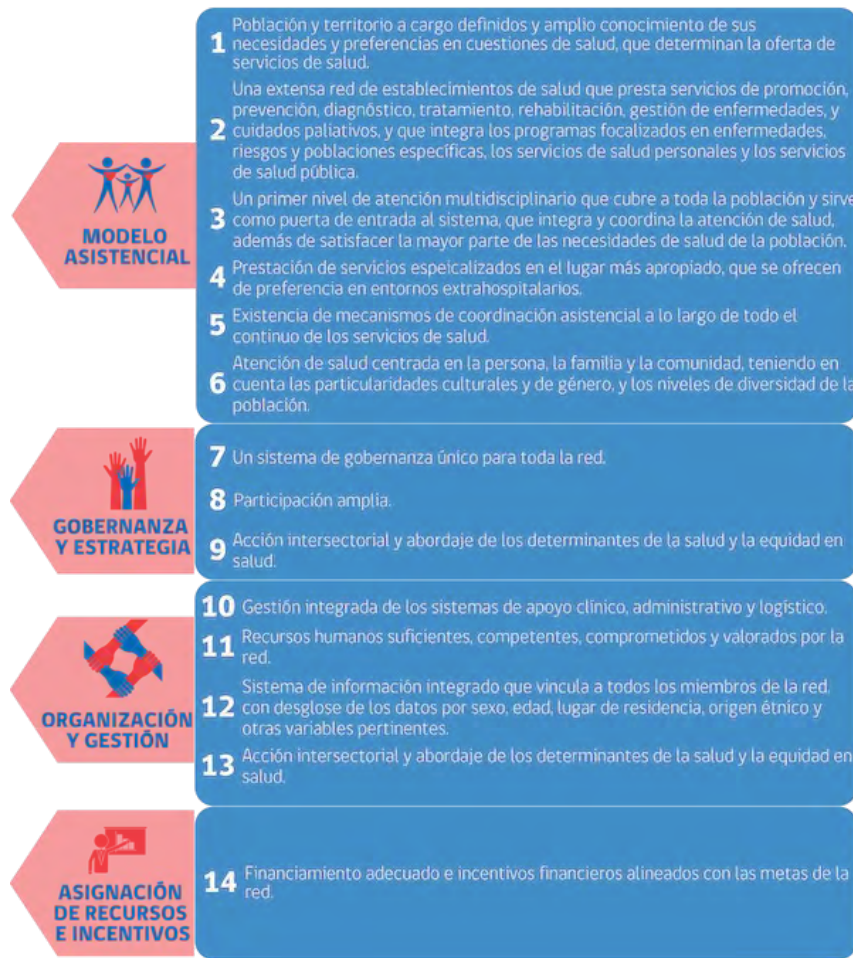


<sup>15</sup> Organización Panamericana de la Salud "Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas", Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No.4. Washington, D.C.: OPS, © 2010.

<sup>16</sup> Organización Panamericana de la Salud, Área de Sistemas de Salud Basados en Atención Primaria de Salud, Proyecto de Servicios Integrados de Salud. Metodología de gestión productiva de los servicios de salud: introducción y generalidades. Washington, D.C.: OPS; 2010.



- Mejora la accesibilidad del sistema.
- Reduce la fragmentación del cuidado asistencial
- Mejora la eficiencia global del sistema.
- Evita la duplicación de infraestructura y servicios.
- Disminuye los costos de producción.
- Responde mejor a las necesidades y expectativas de las personas.



Dentro del modelo de organización de la metodología de Redes Integradas de Servicios de Salud, se identifican cuatro ámbitos de abordaje: Modelo Asistencia, Gobernanza y Estrategia, Organización y Gestión y Asignación de Recursos e Incentivos. De estos cuatro ámbitos se desprenden catorce temáticas prioritarias - llamadas atributos - que una red de Servicios de Salud debe trabajar para lograr transformarse en una red coordinada e integrada. Son producto de un proceso de revisión bibliográfica y de consultas internacionales realizadas por la OPS durante el año 2008, y que por primera vez son presentadas en el año 2009 durante la realización del 49° Consejo Directivo de la OPS. Esta propuesta fue aprobada por sus países miembros, con el

compromiso de ser implementadas en sus sistemas de salud con el objetivo de mejorar sus resultados sanitarios. Al costado, se presenta un esquema que contiene la vinculación de los ámbitos de las RISS con sus respectivos atributos.

Es importante recalcar que las Redes Integradas de Servicios de Salud no se implementan por decreto, sino a través de diversos procesos sociales, comunicaciones, de trabajo mutuo y construcción de las confianzas necesarias para llevarlas a cabo. Y una de las estrategias propuestas para poder implementarlas, es a través de la ejecución de Compromisos de Gestión, diseñados para implementar y fortalecer los diferentes ámbitos y atributos que establece la metodología de trabajo.



## Marco Legal

Según lo establecido por el artículo N°1 del D.F.L. N°1, al Ministerio de Salud le compete “ejercer la función que corresponde al Estado de garantizar el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de la persona enferma; así como coordinar, controlar y, cuando corresponda, ejecutar tales acciones”<sup>17</sup>. Para poder ejercer estas funciones, la ley le ha asignado al Ministerio de Salud atribuciones que le permiten formular, fijar y controlar las políticas de salud en el país, permitiéndole ejercer la rectoría del sector en temáticas como la formulación, control y evaluación de planes y programas generales en materia de salud, la definición de objetivos sanitarios nacionales, la coordinación sectorial e intersectorial para el logro de los objetivos sanitarios y la dirección y orientación de todas las actividades del Estado relativas a la provisión de acciones de salud, de acuerdo con las políticas fijadas, entre otras. Además, la ley lo faculta para “dictar normas generales sobre materias técnicas, administrativas y financieras a las que deberán ceñirse los organismos y entidades del Sistema, para ejecutar actividades de prevención, promoción, fomento, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de las personas enfermas”.

Por otro lado, el Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud establece que tiene la función de “ejercer la rectoría del sector salud dirigiendo las actividades que éste debe desarrollar y definiendo las líneas de acción y parámetros que los organismos que los componen, en el ámbito de sus respectivos campos de acción, deben seguir en el cumplimiento de sus actividades”<sup>18</sup>. Para tal fin, resulta necesario la formulación, evaluación y actualización de los lineamientos estratégicos del sector o Plan Nacional de Salud, cuyos documentos que contengan los objetivos sanitarios y estrategias deben estar disponibles al conocimiento de la población. A su vez, corresponde al Ministerio de Salud “formular planes y programas generales en materia de salud, en el marco de los objetivos sanitarios fijados, los que serán aprobados mediante resolución. Asimismo, deberá evaluar el funcionamiento y efectividad de dichos planes y programas y controlar su cumplimiento por las entidades responsables de ello”. Esta función tiene directa relación con la formulación de los diferentes instrumentos de control de gestión que cuenta el sector, entre ellos, los Compromisos de Gestión.

Desde el punto de vista de los Servicios de Salud, el D.F.L. N°1 establece que tendrán a su cargo “la articulación, gestión y desarrollo de la Red Asistencial correspondiente, para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de las personas enfermas”. Desde el punto de vista administrativo, los Servicios de Salud dependerán del Ministerio de Salud, para los efectos de someterse a la supervigilancia de éste en su funcionamiento, y a cuyas políticas, normas y planes generales deberán sujetarse en el ejercicio de sus actividades, en la forma y condiciones que determine el D.F.L. N°1. Para realizar estas acciones, los Servicios de Salud se encuentran funcionalmente descentralizados, dotados de personalidad jurídica y patrimonio propio.

<sup>17</sup> Decreto con Fuerza de Ley N° 1, Santiago, 23 de septiembre de 2005. Consultar en: <http://bcn.cl/1uxnu>.

<sup>18</sup> Reglamento Orgánico Del Ministerio De Salud Núm. 136. Santiago, 8 de Septiembre de 2004. Consultar en: <http://bcn.cl/1v149>.



Por lo tanto, según lo establecido en el marco legal que rige sobre el Ministerio de Salud para garantizar el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de la persona enferma, corresponde a un deber el formular instrumentos y mecanismos de evaluación que permitan evaluar el desempeño de los Servicios de Salud y su red de establecimientos circunscritos a su territorio, así como también corresponde a los Servicios de Salud someterse a la vigilancia en el ejercicio de las actividades que por ley les competen, para garantizar el libre acceso de las personas a las prestaciones de salud.

Otro punto importante con respecto al marco legal, es el relacionado con la ley N°19.882 que regula la nueva política de personal a los funcionarios públicos que se indican en dicha normativa, entre ellos, los funcionarios adscritos al Sistema de Alta Dirección Pública. En su artículo N°40, se establece que “los altos directivos públicos responderán por la gestión eficaz y eficiente de sus funciones en el marco de las políticas públicas y planes definidos por la autoridad, las instrucciones impartidas por sus superiores jerárquicos y los términos del convenio de desempeño que suscriban de conformidad con los artículos sexagésimo primero y siguientes, mediante la aplicación de los instrumentos de gestión necesarios y pertinentes”<sup>19</sup>. Estos convenios, para el sector salud, recogen la totalidad o algunos de los indicadores evaluados a través de los Compromisos de Gestión, ya que este instrumento refleja las prioridades establecidas por la autoridad durante el periodo de ejercicio de los directivos públicos. A su vez, su cumplimiento influye directamente en los incentivos económicos que el Sistema de Alta Dirección Pública establece para los directivos públicos de primer y segundo nivel jerárquico.

Por último, según lo establecido dentro de las funciones competentes al Ministerio de Salud con respecto a la formulación, evaluación y actualización de los lineamientos estratégicos del sector, estos son desarrollados a través del formulario A1 para periodo 2019-2022, el cual establece la misión institucional, los objetivos estratégicos institucionales de la Subsecretaría de Redes Asistenciales y los productos específicos esperados para cada uno de ellos. Este marco es vital para la formulación de los instrumentos de evaluación y control de gestión del sector, el cual será analizado con más detalle en la metodología de formulación de los Compromisos de Gestión para el periodo 2019 - 2022.

### Marco Metodológico de la formulación de los Compromisos de Gestión periodo 2019 - 2022.

<sup>19</sup> Ley Núm. 19.882 Regula Nueva Política de Personal a los Funcionarios Públicos que Indica, Santiago, junio 4 de 2003. Consultar en: <http://bcn.cl/1uwml>.



El marco establecido para el proceso de formulación de los Compromisos de Gestión surge desde los lineamientos estratégicos que perentoriamente debían ser integrados en la labor: Misión Institucional, Objetivos Relevantes del Ministerio de Salud y Objetivos Estratégicos de la Subsecretaría de Redes Asistenciales<sup>20</sup>. El cruce entre los objetivos relevantes y estratégicos genera cinco productos estratégicos, dentro de los cuales se encuentran los Compromisos de Gestión. Además, se integra el marco establecido por el Plan de Gobierno en Salud para el periodo 2018 - 2022<sup>21</sup>. Este marco referencial, en conjunto con las prioridades identificadas por cada una de las Divisiones que componen la Subsecretaría de Redes Asistenciales, fijarían la ruta para establecer las propuestas de Compromisos de Gestión para el periodo 2019 - 2022.



### Misión Institucional de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

“Regular y supervisar la implementación de las políticas gubernamentales del sector, a través del diseño de estrategias, normas, planes y programas para mejorar la coordinación y articulación de la red asistencial buscando eficiencia y el correcto uso de los recursos fiscales. Centrar la gestión en las personas, implementando acciones de carácter preventivo y promocional, que permita anticiparse al daño y satisfacer las necesidades de la salud de los usuarios durante todo su ciclo vital”.

### Objetivos Estratégico de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, Periodo 2019 - 2022.

Objetivos Estratégicos institucionales	
Número	Descripción
1	Apoyar la optimización en la gestión a los Servicios de Salud y sus Establecimientos dependientes, para mejorar sus procesos clínicos y sus resultados, en el marco de las redes asistenciales integradas, que permita una mejora continua en el acceso y oportunidad, dando solución a los problemas de salud de la población a su cargo.
2	Desarrollar estrategias en los Servicios de Salud que permitan optimizar operación para entregar las prestaciones GES y No GES, mediante la gestión de las brechas operacionales necesarias para generar la oferta requerida.
3	Fomentar el desarrollo de competencias del equipo de salud a través de la implementación de un sistema de capacitación y perfeccionamiento que facilite la retención de estos para resolver los problemas de salud de la población.
4	Actualizar la infraestructura, equipamiento y tecnología del nivel primario y hospitalario de los Servicios de Salud, mediante el Plan Nacional de Inversiones y la implementación de iniciativas digitales que permita la incorporación

<sup>20</sup> Ministerio de Hacienda, Formulario A1 Subsecretaría de Redes Asistenciales Periodo 2019-2022, Santiago: DIPRES; 2018. Consultar en: [http://www.dipres.gob.cl/597/articles-181857\\_doc\\_.pdf](http://www.dipres.gob.cl/597/articles-181857_doc_.pdf).

<sup>21</sup> Ministerio de Salud, Programa de Salud 2018 - 2022, Santiago: MINSAL; 2018. Consultar en: <https://www.minsal.cl/programa-de-salud-del-presidente-sebastian-pinera-una-cirugia-mayor-a-la-salud/>.



	de nuevos hospitales, centros de salud familiar, centros comunitarios de salud mental y tecnologías con el fin de mejorar el acceso, oportunidad y satisfacción de nuestros usuarios.
5	Optimizar el uso eficiente de los recursos, reconociendo los factores que condicionan mayores gastos en salud, explicitando el déficit estructural del sector para lograr el equilibrio financiero y avanzar en un modelo de financiamiento con mayor equidad.

**Descripción del Producto Estratégico de la Subsecretaría de Redes Asistenciales asociado a los Compromisos de Gestión, Periodo 2019 - 2022.**

Producto Estratégico		
Número	Producto Estratégico	Descripción
1	Monitoreo y evaluación del Sistema de atención de salud en redes.	Evaluación de los Servicios de Salud y APS a través de instrumentos de medición específicos: compromisos de gestión, evaluación de la gestión, índice de actividad de la APS, Metas sanitarias, sistema de gestión y reclamos ciudadanos; gestión de camas, evaluación de calidad, entre otros. Sistemas de información para la red que faciliten la coordinación.

Otro punto relevante de análisis para el proceso de formulación 2019 - 2022 corresponde a la evaluación del periodo de trabajo 2015 - 2018, cuyo proceso tuvo por objetivo identificar ciertos aspectos a los cuales se les daría continuidad por su impacto positivo en la planificación y organización que deben realizar los Servicios de Salud para el cumplimiento exitoso de los objetivos:

- **Continuidad del marco metodológico de las Redes Integradas de Servicios de Salud:** La integración en los Servicios de Salud para vencer la fragmentación en los cuidados, mejorar los resultados sanitarios, disminuir los costos asociados a la atención y la duplicación de prestaciones, y por, sobre todo, mejorar la satisfacción de los usuarios, sigue siendo una tarea que aún se encuentra lejos de cumplir. La Organización Panamericana de la Salud<sup>22</sup> y diversos estudios en la materia, nos indican fehacientemente que este desafío aún se encuentra presente en Chile y en Latinoamérica, y los gobiernos centrales y territoriales deben potenciar las metodologías y mecanismos existentes para promover la integración en las Redes. Por tal motivo, la utilización de la metodología de Redes Integradas de Servicios de Salud en los Compromisos de Gestión de los Servicios de Salud, permite a los equipos locales incorporar en sus planificaciones estratégicas y operativas los objetivos planteados por el gobierno central en materias de Modelo Asistencial, Gobernanza y Estrategia, Organización y Gestión y Asignación de Recursos e Incentivos, los cuatro ámbitos que aborda esta metodología de integración.
- **Continuidad del periodo de aplicación a cuatro años:** La planificación de los Compromisos de Gestión por un periodo de cuatro años favorece a la organización y planificación de los gobiernos locales, además de sincronizar la evaluación de estos con el periodo de gobierno y el primer año del futuro. Además, permite la consecución de objetivos a mediano plazo, con evaluaciones continuas de los avances logrados y abriendo espacios de manera dinámica a ajustes cuando la operación trazada en un inicio no está logrando alcanzar los objetivos, o a integrar nuevas metas cuando ya fueron alcanzadas en un periodo menor al esperado.

<sup>22</sup> Organización Panamericana de la Salud. Hospitales en redes integradas de servicios de salud. Recomendaciones estratégicas. Washington, D.C.: OPS; 2018.





- **Continuidad de las mesas de trabajo por ámbito de las Redes Integradas de Servicios de Salud:** La diversidad de realidades en cada uno de los Servicios de Salud aumenta la complejidad para alcanzar los objetivos planteados por los Compromisos de Gestión, ya que en muchos casos la estandarización de la planificación no es posible de aplicar. Sin embargo, en cada Red existen personas que son expertas en sus propios ámbitos de ejercicios y cómo aplicarlos en sus realidades locales. La sinergia que se consigue al coordinar personas con experticias en ámbitos específicos dentro de una temática general, permite ampliar la visión y enriquecer el proceso de búsqueda de estrategias para alcanzar las metas. Esto fue demostrado en el periodo anterior, ya que los Servicios de Salud que mejores resultados alcanzaron, fueron los que mantuvieron la organización interna por mesas de trabajo de manera continua y estricta. Por lo tanto, se considerará como una estrategia de continuidad para el periodo de aplicación 2019 -2022 de los Compromisos de Gestión.

### **Nuevos Lineamientos Generales para la Formulación de los Compromisos de Gestión en el año 2021.**

Durante el año 2020, los esfuerzos sanitarios y la distribución de recursos del país se concentraron en el combate de la pandemia de Coronavirus que azotó a Chile y el mundo. Esto provocó que una parte importante de los indicadores de la versión del año 2020 sufrieran modificaciones a sus metodología de medición y objetivos por cumplir, para garantizar una evaluación justa y adecuada en la evaluación del desempeño de los Servicios de Salud, y por otro lado, no descuidar los avances en las áreas prioritarias del sector salud definidas por MINSAL, ajenas al combate del Coronavirus. Sin duda, el hecho de que fuera posible completar el proceso evaluativo de los Compromisos de Gestión fue posible al innegable esfuerzo que los Servicios de Salud realizaron, ante lo cual sólo podemos expresar nuestro agradecimiento y reconocimiento ante la labor realizada.

En consecuencia a lo anterior, la planificación del año 2021 para la formulación de los Compromisos de Gestión del año 2021, se centró en determinar, en primer lugar, los objetivos que no fueron posibles de lograr durante año 2020, y luego determinar la necesidad de retomarlos en el año 2021. Y en segundo lugar, determinar nuevas prioridades a incorporar en el trabajo de los Compromisos de Gestión. Este trabajo condujo a la incorporación de un nuevo Compromiso de Gestión, ocho nuevos indicadores, y dos Compromisos de Gestión fusionados, además de la eliminación de un indicador. El detalle se encuentra a continuación:

#### **Nuevo Compromiso de Gestión:**

- **Compromiso de Gestión N°8:** “Diseño de Redes Asistenciales Integradas”.

#### **Nuevos Indicadores:**

- **1.2** Porcentaje de pertinencia de las derivaciones a consultas de especialidad médica y odontológica en el nivel secundario.
- **8.1** Porcentaje de cumplimiento de las etapas del proceso del Diseño de la Red Asistencial del año 2021 en el periodo.



- **8.2** Porcentaje de cumplimiento de las acciones relativas a la actualización del Diseño de la Red Asistencial y la elaboración de un Plan de trabajo 2022 en el periodo.
- **9.3** Porcentaje de cumplimiento de las etapas del proceso de implementación de estrategias para el fortalecimiento de la gestión terapéutica.
- **16.2** Porcentaje de establecimientos hospitalarios y de atención primaria de salud que diseñan y aplican instrumento de evaluación de la satisfacción Usuaría en los ámbitos de Urgencia, Farmacia y Lista de Espera.
- **19.2** Porcentaje de medicamentos mermados respecto del total compras valorizadas.
- **22.1** Porcentaje de ejecución de la oferta anual de mamografías derivadas a Hospital Digital en el periodo.
- **22.2** Porcentaje de ejecución de la oferta anual de telemedicina en las células de Hospital Digital de Nefrología, Diabetes, Geriatría y Dermatología en el periodo.

### Compromisos de Gestión fusionados:

- **Compromiso de Gestión N°8** “Fortalecimiento de la Salud Bucal” (de la versión del año 2020) se integra al **Compromiso de Gestión N°6** “Reducción de los Tiempos de Espera por Consultas Nuevas de Especialidades Odontológicas”.

### Indicadores Eliminados:

- **22.3** Porcentaje de ejecución financiera SIDRA en el periodo.

## COMPROMISOS DE GESTIÓN 2021





COMPROMISO DE GESTIÓN N°1  
**PROCESO DE REFERENCIA Y  
CONTRARREFERENCIA EN LA RED  
ASISTENCIAL**



<b>Ámbito RISS:</b>	Modelo Asistencial - Organización y Gestión
<b>Atributo:</b>	5. Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud. 12. Sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red, con desglose de los datos por sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes.

## Objetivo General

Asegurar a los usuarios una atención y cuidado continuo, integrado, y coordinado dentro de una red asistencial, mediante un proceso de referencia y contrarreferencia ágil, flexible y eficaz, además de permitir la comunicación y disponibilidad de información estandarizada entre los diferentes niveles de atención, con el fin de gestionar en red las diferentes prestaciones en salud.

## Objetivos Específicos

- Velar y vigilar la continuidad en la atención.
- Disponer de la información de los pacientes que se derivan y contra derivan entre los diferentes niveles de atención.
- Promover que la atención del usuario se realice en el correcto nivel de atención de acuerdo a la complejidad de sus cuidados.
- Integrar y entregar información suficiente y de calidad que ayude a la toma de decisiones y a mejorar la gestión en red para la continuidad de los cuidados y resolución de problemas de salud.
- Promover la coordinación entre los niveles administrativos y clínicos de los establecimientos que conforman una red de atención para que intervengan en el proceso de referencia y contra-referencia.

## Marco Referencial y Consideraciones Técnicas

En la mirada de las Redes Integradas de los Servicios de Salud (RISS), el usuario circula por distintos niveles de atención, siendo fundamental contar con información necesaria que permita generar continuidad de sus cuidados, lograr resolución de su problema de salud y que lo anterior sea realizado de manera organizada, coordinada, eficaz y eficiente.

Por lo anterior, se hace indispensable que los establecimientos tengan una adecuada comunicación y coordinación, de manera formal, a través de sistemas informatizados que permitan la información con tiempo real. O de lo contrario, se trabaje en un sistema manual que logre los objetivos ya mencionados. Para materializar esta comunicación formal, cada Servicio de Salud cuenta con un Protocolo de Referencia y Contra-referencia que permite articular los diferentes establecimientos de la Red, con el objetivo de permitir una fluidez en la derivación del usuario desde Atención Primaria de Salud hacia la atención de un especialista cuando su condición clínica lo requiera, y éste trate y solucione su problema de salud para que vuelva a su centro de origen.



Con el fin de poder ahondar en esta temática, se sugiere revisar los siguientes documentos disponibles en página web MINSAL:

- Orientaciones para la Planificación y Programación en Red, 2021. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- Protocolo de Referencia y Contra-referencia, 2015. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- Protocolos Resolutivos en Red, 2015. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- Orientaciones Técnicas para el Proceso de Gestión de Agendas en Atenciones Ambulatorias de especialidad, 2020. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- Conjunto mínimo de datos en el envío de Interconsultas SIDRA. Ministerio de Salud. Tecnologías de Información y Comunicaciones.

## Definiciones y Terminología

- **Sistema de Referencia y Contrarreferencia:** Es el conjunto de actividades administrativas y asistenciales, que definen la referencia del usuario de un establecimiento de salud de menor a otro de mayor capacidad resolutive y la contra referencia de este a su establecimiento de origen, a objeto de asegurar la continuidad de atención y cuidado de su salud.
- **Referencia (sinónimo de derivación):** Es la solicitud de evaluación diagnóstica y/o tratamiento de un paciente derivado de un establecimiento de salud de menor capacidad resolutive a otro de mayor capacidad, con la finalidad de asegurar la continuidad de la prestación de servicio.
- **Contrarreferencia:** Es la respuesta del especialista, dirigida al profesional del establecimiento o Servicio Clínico de origen del paciente, respecto de la interconsulta solicitada. Es aquel procedimiento, mediante el cual se retorna al paciente al establecimiento de origen y/o al que pudiese asegurar la continuidad del caso, luego de haberse atendido satisfactoriamente el requerimiento. Este procedimiento debe incluir la respuesta del especialista respecto de la interconsulta solicitada. La contra referencia se incorpora en dos instancias:
  - Cuando el paciente recibe su primera atención (consulta nueva).
  - Al momento del alta del paciente de la patología por la cual fue derivado o que fue estabilizado y requiere continuidad de la atención con un plan terapéutico definido.
- **Protocolo de Referencia y Contrarreferencia:** Son instrumentos de aplicación, eminentemente práctica que determinan los procedimientos administrativos y asistenciales requeridos para efectuar la referencia y contra referencia de los usuarios entre establecimientos de la red asistencial, que deben ser elaborados y validados por la Red asistencial donde se aplican.
- **Interconsulta:** Derivación de un paciente por parte del médico o profesional tratante a otro profesional sanitario, para ofrecer una atención complementaria tanto para su diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación.
- **Pertinencia:** Proceso de derivación del usuario (a), de acuerdo con los protocolos de Referencia y Contrarreferencia de la Red, que se inicia con la evaluación de la totalidad de Solicitudes de Interconsultas (SIC) y Órdenes de atención GES y NO GES, generados por los distintos establecimientos de la Red, ya sea, Atención Primaria de Salud, Servicios de Urgencia, Establecimientos Ambulatorios de Especialidad y también las realizadas desde las Unidades de Hospitalización.



- Se debe considerar que la evaluación de la pertinencia se efectúa en dos momentos:
- Al momento de recepcionar las interconsultas u órdenes de atención en establecimiento de destino, previo a su priorización.
- Al momento de la atención del usuario, en el box con el especialista (Médico u odontólogo).

Existen dos causas de No Pertinencia:

- No pertinencia por no cumplir con las reglas de derivación: esta ocurre cuando la derivación no cumple con los criterios definidos en los flujos de derivación (Normas de Referencia y Contra referencia) sobre el establecimiento y/o especialidad a la cual derivar.
  - No pertinencia por no respetar los criterios clínicos de Inclusión o exclusión del problema de salud causante de la derivación
- **Pertinencia en el ámbito odontológico:** Existen dos tipos de consultas pertinentes:
    - Consulta pertinente según Protocolo de Referencia y Contrarreferencia: Corresponde a la evaluación que realiza el odontólogo especialista como parte de las actividades de la primera atención realizada al paciente, de los criterios de derivación registrados en la SIC. Se considera pertinente, aquella derivación que cumple con los protocolos de referencia.
    - Consulta pertinente según condición clínica: Corresponde a la evaluación clínica que realiza el odontólogo especialista como parte de las actividades de la primera atención, de la condición de salud actual del paciente, a través de la anamnesis y examen clínico. Se considera pertinente, aquella derivación que cumple con los criterios clínicos para cada especialidad.
  - **Protocolo resolutivo:** documento que contiene un conjunto de recomendaciones sobre procedimientos diagnósticos y terapéuticos, con tiempos definidos para la resolución eficiente de una patología.
  - **Tiempo de resolución:** medición del tiempo desde el ingreso de la interconsulta al alta del paciente por la patología protocolizada.
  - **Alta de nivel secundario:** proceso administrativo por el cual un paciente, que ya ha cumplido con su plan diagnóstico y terapéutico, es referido a su domicilio y/o a su establecimiento de atención primaria de origen con un documento de contra-referencia.

## Nombre del Indicador

- **1.1** Porcentaje de pertinencia en las derivaciones generadas por una consulta en Atención Primaria de Salud.
- **1.2** Porcentaje de pertinencia de las derivaciones a consultas de especialidad médica y odontológica en el nivel secundario.
- **1.3** Porcentaje de altas médicas de consultas de especialidad en el nivel secundario.
- **1.4** Porcentaje de contrarreferencias realizadas al alta de consulta de especialidad.

## Meta Nacional Año 2021

- Obtener un **90,0%** de interconsultas derivadas pertinentemente desde la Atención Primaria de Salud a la Atención Secundaria.
- Generar línea base de la pertinencia de interconsultas derivadas entre especialidades (CDT/CRS/CAE/Hospitalización) en la Atención Secundaria, análisis y plan de trabajo.
- Obtener un **90,0%** de interconsultas derivadas pertinentemente según protocolo en especialidades



Odontológicas, generadas en la Red Asistencial.

- Obtener un **10,0%** de altas de consulta médica de especialidad en Atención Secundaria, en relación con el total de consultas médicas realizadas en el mismo nivel.
- Obtener un **80,0%** de contrarreferencias realizadas al alta de consulta médica de especialidad en Atención Secundaria, en relación con el total de altas realizadas en el mismo nivel.

## Metodología de Evaluación

Indicador	Ponderación por Corte
1.1 Porcentaje de pertinencia en las derivaciones generadas por una consulta en Atención Primaria de Salud.	<b>1,0%</b>
1.2 Porcentaje de pertinencia de las derivaciones a consultas de especialidad médica y odontológica en el nivel secundario.	<b>1,0%</b>
1.3 Porcentaje de altas médicas de consultas de especialidad en el nivel secundario.	<b>1,0%</b>
1.4 Porcentaje de contrarreferencias realizadas al alta de consulta de especialidad	<b>1,0%</b>

## Ficha General Indicador

Nombre del Indicador	<b>1.1 Porcentaje de pertinencia en las derivaciones generadas por una consulta en Atención Primaria de Salud.</b>
Fórmula de Cálculo	(Nº de SIC pertinentes derivadas desde APS a la especialidad en el periodo/ Nº total de SIC de APS vistas por la especialidad en el periodo) x 100.
Fuente de Datos	Numerador: REM A07 Sección A; Denominador: REM A07 Sección A.

## Metas y Ponderaciones por Corte

	I Corte	20% de la evaluación anual
Número Acción	<b>1</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	<p>Si el Servicio de Salud presentó un porcentaje <b>mayor o igual a un 90,0% a diciembre de 2020</b> de pertinencia en las derivaciones generadas por una consulta en Atención Primaria de Salud, <b>debe mantenerlo.</b></p> <p>Si el Servicio de Salud presentó un porcentaje <b>menor a un 90,0% a diciembre de 2020</b> de pertinencia en las derivaciones generadas por una consulta en Atención Primaria de Salud, <b>deberá aumentar un 10,0% de la brecha observada en su línea base a diciembre de 2020, para obtener un 90,0%</b></p>	
Medios de Verificación	i. Reporte REM A07, Sección A.	
Fórmula de Cálculo:	<p><b>Meta de mantención:</b> (Nº de SIC pertinentes derivadas desde APS a la especialidad en el periodo/ Nº total de SIC de APS vistas por la especialidad en el periodo) x 100.</p> <p><b>Meta de disminución de la brecha:</b> [(Porcentaje Pertinencia línea base - Porcentaje Pertinencia periodo t) / (Porcentaje Pertinencia línea base - 90,0%)] x 100.</p>	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido Meta Mantención</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 90,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>85,0% ≤ X &lt; 90,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>X &lt; 85,0%</b>	<b>0,0%</b>
	<b>Resultado Obtenido Meta Disminución de la Brecha</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>



	$X \geq 10,0\%$	100,0%
	$9,0\% \leq X < 10,0\%$	75,0%
	$8,0\% \leq X < 9,0\%$	50,0%
	$7,0\% \leq X < 8,0\%$	25,0%
	$X < 7,0\%$	0,0%
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

II Corte		20% de la evaluación anual
Número Acción	2	
Acciones y/o Metas Específicas	<p>Si el Servicio de Salud presentó un porcentaje <b>mayor o igual a un 90,0% a diciembre de 2020</b> de pertinencia en las derivaciones generadas por una consulta en Atención Primaria de Salud, <b>debe mantenerlo.</b></p> <p>Si el Servicio de Salud presentó un porcentaje <b>menor a un 90,0% a diciembre de 2020</b> de pertinencia en las derivaciones generadas por una consulta en Atención Primaria de Salud, <b>deberá aumentar un 40,0% de la brecha observada en su línea base a diciembre de 2020, para obtener un 90,0%</b></p>	
Medios de Verificación	i. Reporte REM A07, Sección A.	
Fórmula de Cálculo:	<p><b>Meta de mantención:</b> (N° de SIC pertinentes derivadas desde APS a la especialidad en el periodo/ N° total de SIC de APS vistas por la especialidad en el periodo) x 100.</p> <p><b>Meta de disminución de la brecha:</b> [(Porcentaje Pertinencia línea base - Porcentaje Pertinencia periodo t) / (Porcentaje Pertinencia línea base - 90,0%)] x 100.</p>	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido Meta Mantención</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	$X \geq 90,0\%$	100,0%
	$85,0\% \leq X < 90,0\%$	50,0%
	$X < 85,0\%$	0,0%
	<b>Resultado Obtenido Meta Disminución de la Brecha</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	$X \geq 40,0\%$	100,0%
	$30,0\% \leq X < 40,0\%$	75,0%
	$20,0\% \leq X < 30,0\%$	50,0%
	$10,0\% \leq X < 20,0\%$	25,0%
	$X < 10,0\%$	0,0%
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

III Corte		30% de la evaluación anual
Número Acción	3	
Acciones y/o Metas Específicas	<p>Si el Servicio de Salud presentó un porcentaje <b>mayor o igual a un 90,0% a diciembre de 2020</b> de pertinencia en las derivaciones generadas por una consulta en Atención Primaria de Salud, <b>debe mantenerlo.</b></p> <p>Si el Servicio de Salud presentó un porcentaje <b>menor a un 90,0% a diciembre de 2020</b> de pertinencia en las derivaciones generadas por una consulta en Atención Primaria de Salud, <b>deberá aumentar un 70,0% de la brecha observada en su línea base a diciembre de 2020, para obtener un 90,0%</b></p>	
Medios de Verificación	i. Reporte REM A07, Sección A.	
Fórmula de Cálculo:	<p><b>Meta de mantención:</b> (N° de SIC pertinentes derivadas desde APS a la especialidad en el periodo/ N° total de SIC de APS vistas por la especialidad en el periodo) x 100.</p> <p><b>Meta de disminución de la brecha:</b> [(Porcentaje Pertinencia línea base - Porcentaje Pertinencia periodo t) / (Porcentaje Pertinencia</p>	





	línea base - 90,0%)] x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido Meta Mantenición</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 90,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>85,0% ≤ X &lt; 90,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>X &lt; 85,0%</b>	<b>0,0%</b>
	<b>Resultado Obtenido Meta Disminución de la Brecha</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 70,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>60,0% ≤ X &lt; 70,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>50,0% ≤ X &lt; 60,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>40,0% ≤ X &lt; 50,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 40,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

	<b>IV Corte</b>	<b>30% de la evaluación anual</b>
Número Acción	<b>4</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	<p>Si el Servicio de Salud presentó un porcentaje <b>mayor o igual a un 90,0% a diciembre de 2020</b> de pertinencia en las derivaciones generadas por una consulta en Atención Primaria de Salud, <b>debe mantenerlo.</b></p> <p>Si el Servicio de Salud presentó un porcentaje <b>menor a un 90,0% a diciembre de 2020</b> de pertinencia en las derivaciones generadas por una consulta en Atención Primaria de Salud, <b>deberá aumentar un 100,0% de la brecha observada en su línea base a diciembre de 2020, para obtener un 90,0%</b></p>	
Medios de Verificación	i. Reporte REM A07, Sección A.	
Fórmula de Cálculo:	<p style="text-align: center;"><b>Meta de mantención:</b> (Nº de SIC pertinentes derivadas desde APS a la especialidad en el periodo/ Nº total de SIC de APS vistas por la especialidad en el periodo) x 100.</p> <p style="text-align: center;"><b>Meta de disminución de la brecha:</b> [(Porcentaje Pertinencia línea base - Porcentaje Pertinencia periodo t) / (Porcentaje Pertinencia línea base - 90,0%)] x 100.</p>	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido Meta Mantenición</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 90,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>85,0% ≤ X &lt; 90,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>X &lt; 85,0%</b>	<b>0,0%</b>
	<b>Resultado Obtenido Meta Disminución de la Brecha</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>90,0% ≤ X &lt; 100,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>80,0% ≤ X &lt; 90,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>70,0% ≤ X &lt; 80,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 70,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

### Ficha General Indicador

Nombre del Indicador	<b>1.2 Porcentaje de pertinencia de las derivaciones a consultas de especialidad médica y odontológica en el nivel secundario.</b>
Fórmula de Cálculo	<b>Porcentaje de pertinencia de las interconsultas derivadas entre especialidades (CDT/CRS/CAE/Hospitalización) en la Atención Secundaria:</b>



	<p>(Número de solicitudes de interconsulta (SIC) derivadas desde nivel secundario (CDT/CRS/CAE/Hospitalización) calificadas como pertinentes en el periodo / Número total de SIC derivadas desde nivel secundario (CDT/CRS/CAE/Hospitalización) en el periodo) x 100.</p> <p><b>Porcentaje de pertinencia en las derivaciones generadas por la Red Asistencial de Salud hacia especialidades odontológicas:</b></p> <p>(Número de SIC pertinentes según protocolo derivadas hacia especialidades odontológicas de Rehabilitación Oral, Ortodoncia y Ortopedia Dento Maxilofacial y TTM&amp;DOF en el periodo / Número total de consultas nuevas de las especialidades Odontológicas de Rehabilitación Oral, Ortodoncia y Ortopedia Dento Maxilofacial y TTM&amp;DOF en el periodo) x 100.</p>
Fuente de Datos	<p><b>Porcentaje de pertinencia de las interconsultas derivadas entre especialidades (CDT/CRS/CAE/Hospitalización) en la Atención Secundaria:</b></p> <p>Numerador: N° de SIC pertinentes derivadas desde nivel secundario (CDT/CRS/CAE/Hospitalización) informadas por el Servicio de Salud; Denominador: REM A07 Sección A.</p> <p><b>Porcentaje de pertinencia en las derivaciones generadas por la Red Asistencial de Salud hacia especialidades odontológicas:</b></p> <p>Numerador: REM A09 Sección I; Denominador: REM A09 Sección I.</p>

### Metas y Ponderaciones por Corte

I Corte		15% de la evaluación anual
Número Acción	1	
Acciones y/o Metas Específicas	El Servicio de Salud debe reportar el porcentaje de solicitudes de interconsulta, generadas desde el mismo nivel secundario (CDT/CRS/CAE/Hospitalización) calificadas como pertinentes, en consultas de especialidad médica.	
Medios de Verificación	i. N° de solicitudes de interconsulta (SIC) derivadas desde nivel secundario (CDT/CRS/CAE/Hospitalización) calificadas como pertinentes, informado por Servicio de Salud, en formato MINSAL. ii. REM 07 Sección A.	
Fórmula de Cálculo:	$(\text{Número de acciones cumplidas en el periodo} / \text{Número de acciones solicitadas en el periodo}) \times 100.$	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	50,0%	
Número Acción	2	
Acciones y/o Metas Específicas	Establecer línea base de Porcentaje de pertinencia según protocolo en las derivaciones hacia especialidades Odontológicas de Rehabilitación Oral, Ortodoncia y Ortopedia Dento Maxilofacial y TTM&DOF, generadas en la Red Asistencial.	
Medios de Verificación	i. Reporte REM A09, Sección I.	
Fórmula de Cálculo:	$(\text{Número de acciones cumplidas en el periodo} / \text{Número de acciones solicitadas en el periodo}) \times 100.$	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	50,0%	
II Corte		25% de la evaluación anual
Número Acción	3	
Acciones y/o Metas Específicas	El Servicio de Salud debe reportar el porcentaje de solicitudes de interconsulta, generadas desde el mismo nivel secundario (CDT/CRS/CAE/Hospitalización) calificadas como pertinentes, en	



	consultas de especialidad médica. En este corte debe incluirse un informe con un análisis por establecimiento identificando las especialidades que reportan menor número de SIC pertinentes.	
Medios de Verificación	i. N° de solicitudes de interconsulta (SIC) derivadas desde nivel secundario (CDT/CRS/CAE/Hospitalización) calificadas como pertinentes, informado por Servicio de Salud, en formato MINSAL. ii. REM 07 Sección A.	
Fórmula de Cálculo:	$(\text{Número de acciones cumplidas en el periodo} / \text{Número de acciones solicitadas en el periodo}) \times 100$ .	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	50,0%	
Número Acción	4	
Acciones y/o Metas Específicas	Si el Servicio de Salud presentó un <b>porcentaje mayor o igual a 90,0% de pertinencia según protocolo en las derivaciones de especialidades Odontológicas de Rehabilitación Oral, Ortodoncia y Ortopedia Dento Maxilofacial y TTM&amp;DOF, generadas en la Red Asistencial</b> , debe mantenerlo. Si el Servicio de Salud presentó un <b>porcentaje menor a la línea base de pertinencia según protocolo en las derivaciones de especialidades Odontológicas de Rehabilitación Oral, Ortodoncia y Ortopedia Dento Maxilofacial y TTM&amp;DOF, generadas en la Red Asistencial</b> , deberá aumentar un <b>40,0%</b> de la brecha observada en su línea base, para obtener un <b>90,0%</b> .	
Medios de Verificación	i. Reporte REM A09, Sección I.	
Fórmula de Cálculo:	<b>Meta de mantención:</b> $(\text{Número de SIC pertinentes según protocolo derivadas hacia especialidades odontológicas de Rehabilitación Oral, Ortodoncia y Ortopedia Dento Maxilofacial y TTM&DOF en el periodo} / \text{Número total de consultas nuevas de las especialidades Odontológicas de Rehabilitación Oral, Ortodoncia y Ortopedia Dento Maxilofacial y TTM&DOF en el periodo}) \times 100$ . <b>Meta de disminución de la brecha:</b> $[(\text{Porcentaje Pertinencia línea base} - \text{Porcentaje Pertinencia periodo t}) / (\text{Porcentaje Pertinencia línea base} - 90,0\%)] \times 100$ .	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido Meta Mantención</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 90,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>85,0% ≤ X &lt; 90,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>X &lt; 85,0%</b>	<b>0,0%</b>
	<b>Resultado Obtenido Meta Disminución de la Brecha</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 40,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>30,0% ≤ X &lt; 40,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>20,0% ≤ X &lt; 30,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>10,0% ≤ X &lt; 20,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 10,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	50,0%	

	<b>III Corte</b>	<b>30% de la evaluación anual</b>
Número Acción	5	
Acciones y/o Metas Específicas	El Servicio de Salud debe reportar el porcentaje de solicitudes de interconsulta, generadas desde el mismo nivel secundario (CDT/CRS/CAE/Hospitalización) calificadas como pertinentes, en consultas de especialidad médica. En este corte, debe incluirse un informe con plan de trabajo dirigido a mejorar el indicador.	
Medios de Verificación	i. N° de solicitudes de interconsulta (SIC) derivadas desde nivel secundario (CDT/CRS/CAE/Hospitalización) calificadas como pertinentes, informado por Servicio de	



	Salud, en formato MINSAL. ii. REM 07 Sección A.	
Fórmula de Cálculo:	$(\text{Número de acciones cumplidas en el periodo} / \text{Número de acciones solicitadas en el periodo}) \times 100.$	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	50,0%	
Número Acción	6	
Acciones y/o Metas Específicas	<p>Si el Servicio de Salud presentó un <b>porcentaje mayor o igual a 90,0% de pertinencia según protocolo en las derivaciones de especialidades Odontológicas de Rehabilitación Oral, Ortodoncia y Ortopedia Dento Maxilofacial y TTM&amp;DOF, generadas en la Red Asistencial</b>, debe mantenerlo.</p> <p>Si el Servicio de Salud presentó un <b>porcentaje menor a la línea base de pertinencia según protocolo en las derivaciones de especialidades Odontológicas de Rehabilitación Oral, Ortodoncia y Ortopedia Dento Maxilofacial y TTM&amp;DOF, generadas en la Red Asistencial</b>, deberá aumentar un <b>70,0%</b> de la brecha observada en su línea base, para obtener un <b>90,0%</b>.</p>	
Medios de Verificación	i. Reporte REM A09, Sección I.	
Fórmula de Cálculo:	<p><b>Meta de mantención:</b>  <math>(\text{Número de SIC pertinentes según protocolo derivadas hacia especialidades odontológicas de Rehabilitación Oral, Ortodoncia y Ortopedia Dento Maxilofacial y TTM&amp;DOF en el periodo} / \text{Número total de consultas nuevas de las especialidades Odontológicas de Rehabilitación Oral, Ortodoncia y Ortopedia Dento Maxilofacial y TTM&amp;DOF en el periodo}) \times 100.</math></p> <p><b>Meta de disminución de la brecha:</b>  <math>[(\text{Porcentaje Pertinencia línea base} - \text{Porcentaje Pertinencia periodo } t) / (\text{Porcentaje Pertinencia línea base} - 90,0\%)] \times 100.</math></p>	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido Meta Mantención</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 90,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>85,0% ≤ X &lt; 90,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>X &lt; 85,0%</b>	<b>0,0%</b>
	<b>Resultado Obtenido Meta Disminución de la Brecha</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 70,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>60,0% ≤ X &lt; 70,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>50,0% ≤ X &lt; 60,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>40,0% ≤ X &lt; 50,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 40,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	50,0%	

	<b>IV Corte</b>	<b>30% de la evaluación anual</b>
Número Acción	7	
Acciones y/o Metas Específicas	El Servicio de Salud debe reportar el porcentaje de solicitudes de interconsulta, generadas desde el mismo nivel secundario (CDT/CRS/CAE/Hospitalización) calificadas como pertinentes, en consultas de especialidad médica. En este corte, debe incluirse un informe con los avances del plan de trabajo dirigido a mejorar el indicador, <b>el cual será evaluado por una rubrica (ver anexos).</b>	
Medios de Verificación	<p>i. N° de solicitudes de interconsulta (SIC) derivadas desde nivel secundario (CDT/CRS/CAE/Hospitalización) calificadas como pertinentes, informado por Servicio de Salud, en formato MINSAL.</p> <p>ii. REM 07 Sección A.</p>	
Fórmula de Cálculo:	$(\text{Puntaje obtenido en la rúbrica de evaluación del informe} / \text{Puntaje máximo a obtener}) \times 100.$	



	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
Cálculo del Cumplimiento:	Satisfactorio	100,0%
	Suficiente	75,0%
	Deficiente	50,0%
	Mínimo	25,0%
	No cumple	0,0%
Ponderación al Corte de la Acción	50,0%	
Número Acción	8	
Acciones y/o Metas Específicas	<p>Si el Servicio de Salud presentó un <b>porcentaje mayor o igual a 90,0%</b> de pertinencia según <b>protocolo en las derivaciones de especialidades Odontológicas de Rehabilitación Oral, Ortodoncia y Ortopedia Dento Maxilofacial y TTM&amp;DOF, generadas en la Red Asistencial</b>, debe mantenerlo.</p> <p>Si el Servicio de Salud presentó un <b>porcentaje menor a la línea base de pertinencia según protocolo en las derivaciones de especialidades Odontológicas de Rehabilitación Oral, Ortodoncia y Ortopedia Dento Maxilofacial y TTM&amp;DOF, generadas en la Red Asistencial</b>, deberá aumentar un <b>100,0%</b> de la brecha observada en su línea base, para obtener un <b>90,0%</b>.</p>	
Medios de Verificación	i. Reporte REM A09, Sección I.	
Fórmula de Cálculo:	<p><b>Meta de mantención:</b>            (Número de SIC pertinentes según protocolo derivadas hacia especialidades odontológicas de Rehabilitación Oral, Ortodoncia y Ortopedia Dento Maxilofacial y TTM&amp;DOF en el periodo / Número total de consultas nuevas de las especialidades Odontológicas de Rehabilitación Oral, Ortodoncia y Ortopedia Dento Maxilofacial y TTM&amp;DOF en el periodo) x 100.</p> <p><b>Meta de disminución de la brecha:</b>            [(Porcentaje Pertinencia línea base - Porcentaje Pertinencia periodo t) / (Porcentaje Pertinencia línea base - 90,0%)] x 100.</p>	
Cálculo del Cumplimiento:	Resultado Obtenido Meta Mantención	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	$X \geq 90,0\%$	100,0%
	$85,0\% \leq X < 90,0\%$	50,0%
	$X < 85,0\%$	0,0%
	Resultado Obtenido Meta Disminución de la Brecha	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	$X \geq 100,0\%$	100,0%
	$90,0\% \leq X < 100,0\%$	75,0%
	$80,0\% \leq X < 90,0\%$	50,0%
	$70,0\% \leq X < 80,0\%$	25,0%
	$X < 70,0\%$	0,0%
Ponderación al Corte de la Acción	50,0%	

### Notas del Indicador

1. Para el indicador sobre pertinencia en la derivación entre especialidades médicas de nivel secundario, se incluyen establecimientos de alta y mediana complejidad y Centros de Referencia de Salud (CRS). Se excluye Institutos, COSAM y DFL-36.
2. Para el indicador sobre pertinencia en la derivación hacia especialidades odontológicas, se evaluarán los establecimientos de alta y mediana complejidad (incluidos los Centros de Referencia de Salud).

### Ficha General Indicador

Nombre del Indicador	<b>1.3 Porcentaje de altas médicas de consultas de especialidad en el nivel secundario.</b>
----------------------	---



Fórmula de Cálculo	(Número de altas médicas realizadas en el periodo / Número de consultas médicas realizadas en el periodo) x 100.
Fuente de Datos	REM A07 + REM A32.

### Metas y Ponderaciones por Corte

I Corte		20% de la evaluación anual
Número Acción	1	
Acciones y/o Metas Específicas	<p>Si el Servicio de Salud presentó un porcentaje <b>mayor o igual a un 10,0% a diciembre de 2020</b> de altas médicas de especialidad en el nivel secundario, debe mantener o aumentar este porcentaje.</p> <p>Si el Servicio de Salud presentó un porcentaje <b>menor a un 10,0% a diciembre de 2020</b> de altas médicas de especialidad en el nivel secundario, <b>deberá aumentar un 10,0% de la brecha observada en su línea base a diciembre de 2020</b>, para obtener un 100,0% final.</p>	
Medios de Verificación	i. REM A07 + REM A32.	
Fórmula de Cálculo:	<p><b>Meta de mantención:</b> (Número de altas médicas realizadas en el periodo / Número de consultas médicas realizadas en el periodo) x 100.</p> <p><b>Meta de disminución de la brecha:</b> [(Porcentaje Altas línea base - Porcentaje Altas periodo t) / (Porcentaje Altas línea base - 10,0%)] x 100.</p>	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido Meta Mantención</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 10,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>9,0% ≤ X &lt; 10,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>X &lt; 9,0%</b>	<b>0,0%</b>
	<b>Resultado Obtenido Meta Disminución de la Brecha</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 10,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>9,0% ≤ X &lt; 10,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>8,0% ≤ X &lt; 9,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>7,0% ≤ X &lt; 8,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 7,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

II Corte		20% de la evaluación anual
Número Acción	2	
Acciones y/o Metas Específicas	<p>Si el Servicio de Salud presentó un porcentaje <b>mayor o igual a un 10,0% a diciembre de 2020</b> de altas médicas de especialidad en el nivel secundario, debe mantener o aumentar este porcentaje.</p> <p>Si el Servicio de Salud presentó un porcentaje <b>menor a un 10,0% a diciembre de 2020</b> de altas médicas de especialidad en el nivel secundario, <b>deberá aumentar un 40,0% de la brecha observada en su línea base a diciembre de 2020</b>, para obtener un 100,0% final.</p>	
Medios de Verificación	i. REM A07 + REM A32.	
Fórmula de Cálculo:	<p><b>Meta de mantención:</b> (Número de altas médicas realizadas en el periodo / Número de consultas médicas realizadas en el periodo) x 100.</p> <p><b>Meta de disminución de la brecha:</b> [(Porcentaje Altas línea base - Porcentaje Altas periodo t) / (Porcentaje Altas línea base - 10,0%)] x 100.</p>	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido Meta Mantención</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>



	$X \geq 10,0\%$	100,0%
	$9,0\% \leq X < 10,0\%$	50,0%
	$X < 9,0\%$	0,0%
	<b>Resultado Obtenido Meta Disminución de la Brecha</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	$X \geq 40,0\%$	100,0%
	$30,0\% \leq X < 40,0\%$	75,0%
	$20,0\% \leq X < 30,0\%$	50,0%
	$10,0\% \leq X < 20,0\%$	25,0%
	$X < 10,0\%$	0,0%
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

<b>III Corte</b>		<b>30% de la evaluación anual</b>
Número Acción	3	
Acciones y/o Metas Específicas	<p>Si el Servicio de Salud presentó un porcentaje <b>mayor o igual a un 10,0% a diciembre de 2020</b> de altas médicas de especialidad en el nivel secundario, debe mantener o aumentar este porcentaje.</p> <p>Si el Servicio de Salud presentó un porcentaje <b>menor a un 10,0% a diciembre de 2020</b> de altas médicas de especialidad en el nivel secundario, <b>deberá aumentar un 70,0% de la brecha observada en su línea base a diciembre de 2020</b>, para obtener un 100,0% final.</p>	
Medios de Verificación	i. REM A07 + REM A32.	
Fórmula de Cálculo:	<p><b>Meta de mantención:</b> (Número de altas médicas realizadas en el periodo / Número de consultas médicas realizadas en el periodo) x 100.</p> <p><b>Meta de disminución de la brecha:</b> [(Porcentaje Altas línea base - Porcentaje Altas periodo t) / (Porcentaje Altas línea base - 10,0%)] x 100.</p>	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido Meta Mantención</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	$X \geq 10,0\%$	100,0%
	$9,0\% \leq X < 10,0\%$	50,0%
	$X < 9,0\%$	0,0%
	<b>Resultado Obtenido Meta Disminución de la Brecha</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	$X \geq 70,0\%$	100,0%
	$60,0\% \leq X < 70,0\%$	75,0%
	$50,0\% \leq X < 60,0\%$	50,0%
	$40,0\% \leq X < 50,0\%$	25,0%
	$X < 40,0\%$	0,0%
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

<b>IV Corte</b>		<b>30% de la evaluación anual</b>
Número Acción	4	
Acciones y/o Metas Específicas	<p>Si el Servicio de Salud presentó un porcentaje <b>mayor o igual a un 10,0% a diciembre de 2020</b> de altas médicas de especialidad en el nivel secundario, debe mantener o aumentar este porcentaje.</p> <p>Si el Servicio de Salud presentó un porcentaje <b>menor a un 10,0% a diciembre de 2020</b> de altas médicas de especialidad en el nivel secundario, <b>deberá aumentar un 100,0% de la brecha observada en su línea base a diciembre de 2020</b>, para obtener un 100,0% final.</p>	
Medios de Verificación	i. REM A07 + REM A32.	
Fórmula de Cálculo:	<p><b>Meta de mantención:</b> (Número de altas médicas realizadas en el periodo / Número de consultas médicas realizadas en</p>	



	<p>el periodo) x 100.</p> <p><b>Meta de disminución de la brecha:</b>  <math display="block">\left[ \frac{\text{Porcentaje Altas línea base} - \text{Porcentaje Altas periodo } t}{\text{Porcentaje Altas línea base} - 10,0\%} \right] \times 100.</math></p>	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido Meta Mantenición</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 10,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>9,0% ≤ X &lt; 10,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>X &lt; 9,0%</b>	<b>0,0%</b>
	<b>Resultado Obtenido Meta Disminución de la Brecha</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>90,0% ≤ X &lt; 100,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>80,0% ≤ X &lt; 90,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>70,0% ≤ X &lt; 80,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 70,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

### Notas del Indicador

1. En este indicador se incluyen los establecimientos de mediana y alta complejidad correspondiente al nivel de atención secundaria y terciaria, excluyendo Institutos, establecimientos DFL- 36 y COSAM.
2. En este indicador, a partir del año 2021 se incluyen las altas realizadas tanto en atenciones presenciales como atenciones remotas, cuyos datos se obtienen de REM A07 y REM F respectivamente.

### Ficha General Indicador

Nombre del Indicador	<b>1.4 Porcentaje de contrarreferencias realizadas al alta de consulta de especialidad.</b>
Fórmula de Cálculo	$\left( \frac{\text{Número total de contrarreferencias al alta médica realizadas en el periodo } t}{\text{Número total de altas médicas realizadas en el periodo } t} \right) \times 100.$
Fuente de Datos	— Informe Servicio de Salud, REM A07 + REM A32.

### Metas y Ponderaciones por Corte

	<b>I Corte</b>	<b>20% de la evaluación anual</b>
Número Acción	<b>1</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	<p>Si el Servicio de Salud presentó un porcentaje <b>mayor o igual a un 80,0% a diciembre de 2020</b> de contrarreferencias al alta médica realizadas en el nivel secundario, deberá mantenerlo o aumentarlo.</p> <p>Si el Servicio de Salud presentó un porcentaje <b>menor a un 80,0% a diciembre de 2020</b> de contrarreferencias al alta médica realizadas en el nivel secundario, deberá <b>aumentar 1,0 punto porcentual de la brecha observada en su línea base a diciembre de 2020,</b></p>	
Medios de Verificación	<p>i. Numerador: Informe de contrarreferencias al alta del Servicio de Salud.</p> <p>ii. Denominador: REM A07 + REM A32.</p>	
Fórmula de Cálculo:	<p><b>Meta de mantención:</b>  <math display="block">\left( \frac{\text{Número total de contrarreferencias al alta médica realizadas en el periodo } t}{\text{Número total de altas médicas realizadas en el periodo } t} \right) \times 100.</math></p> <p><b>Meta de disminución de la brecha:</b>  <math display="block">\left[ \frac{\text{Porcentaje Contrarreferencias al Alta línea base} - \text{Porcentaje Contrarreferencias al Alta}}{\text{Porcentaje Contrarreferencias al Alta línea base} - 10,0\%} \right] \times 100.</math></p>	





	periodo t) / (Porcentaje Contrarreferencias al Alta línea base - 80,0%) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido Meta Mantenición</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 80,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>70,0% ≤ X &lt; 80,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>60,0% ≤ X &lt; 70,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>50,0% ≤ X &lt; 60,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 50,0%</b>	<b>0,0%</b>
	<b>Resultado Obtenido Meta Disminución de la Brecha</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 1,0pp</b>	<b>100,0%</b>
	<b>0,9pp ≤ X &lt; 1,0pp</b>	<b>75,0%</b>
	<b>0,8pp ≤ X &lt; 0,9pp</b>	<b>50,0%</b>
<b>0,7pp ≤ X &lt; 0,8pp</b>	<b>25,0%</b>	
<b>X &lt; 0,7pp</b>	<b>0,0%</b>	
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

	<b>II Corte</b>	<b>20% de la evaluación anual</b>
Número Acción	2	
Acciones y/o Metas Específicas	<p>Si el Servicio de Salud presentó un porcentaje <b>mayor o igual a un 80,0% a diciembre de 2020</b> de contrarreferencias al alta médica realizadas en el nivel secundario, deberá mantenerlo o aumentarlo.</p> <p>Si el Servicio de Salud presentó un porcentaje <b>menor a un 80,0% a diciembre de 2020</b> de contrarreferencias al alta médica realizadas en el nivel secundario, deberá <b>aumentar 4,0 puntos porcentuales de la brecha observada en su línea base a diciembre de 2020</b>,</p>	
Medios de Verificación	<p>i. Numerador: Informe de contrarreferencias al alta del Servicio de Salud.</p> <p>ii. Denominador: REM A07 + REM A32.</p>	
Fórmula de Cálculo:	<p><b>Meta de mantención:</b> (Número total de contrarreferencias al alta médica realizadas en el periodo t / Número total de altas médicas realizadas en el periodo t) x 100.</p> <p><b>Meta de disminución de la brecha:</b> [(Porcentaje Contrarreferencias al Alta línea base - Porcentaje Contrarreferencias al Alta periodo t) / (Porcentaje Contrarreferencias al Alta línea base - 80,0%)] x 100.</p>	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido Meta Mantenición</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 80,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>70,0% ≤ X &lt; 80,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>60,0% ≤ X &lt; 70,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>50,0% ≤ X &lt; 60,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 50,0%</b>	<b>0,0%</b>
	<b>Resultado Obtenido Meta Disminución de la Brecha</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 4,0pp</b>	<b>100,0%</b>
	<b>3,0pp ≤ X &lt; 4,0pp</b>	<b>75,0%</b>
	<b>2,0pp ≤ X &lt; 3,0pp</b>	<b>50,0%</b>
<b>1,0pp ≤ X &lt; 2,0pp</b>	<b>25,0%</b>	
<b>X &lt; 1,0pp</b>	<b>0,0%</b>	
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

	<b>III Corte</b>	<b>30% de la evaluación anual</b>
Número Acción	3	
Acciones y/o Metas Específicas	Si el Servicio de Salud presentó un porcentaje <b>mayor o igual a un 80,0% a diciembre de 2020</b>	



	de contrarreferencias al alta médica realizadas en el nivel secundario, deberá mantenerlo o aumentarlo.	
	Si el Servicio de Salud presentó un porcentaje <b>menor a un 80,0% a diciembre de 2020</b> de contrarreferencias al alta médica realizadas en el nivel secundario, deberá <b>aumentar 7,0 puntos porcentuales de la brecha observada en su línea base a diciembre de 2020,</b>	
Medios de Verificación	i. Numerador: Informe de contrarreferencias al alta del Servicio de Salud. ii. Denominador: REM A07 + REM A32.	
Fórmula de Cálculo:	<p align="center"><b>Meta de mantención:</b></p> <p align="center">(Número total de contrarreferencias al alta médica realizadas en el periodo t / Número total de altas médicas realizadas en el periodo t) x 100.</p> <p align="center"><b>Meta de disminución de la brecha:</b></p> <p align="center">[(Porcentaje Contrarreferencias al Alta línea base - Porcentaje Contrarreferencias al Alta periodo t) / (Porcentaje Contrarreferencias al Alta línea base - 80,0%)] x 100.</p>	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido Meta Mantención</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 80,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>70,0% ≤ X &lt; 80,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>60,0% ≤ X &lt; 70,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>50,0% ≤ X &lt; 60,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 50,0%</b>	<b>0,0%</b>
	<b>Resultado Obtenido Meta Disminución de la Brecha</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 7,0pp</b>	<b>100,0%</b>
	<b>6,0pp ≤ X &lt; 7,0pp</b>	<b>75,0%</b>
	<b>5,0pp ≤ X &lt; 6,0pp</b>	<b>50,0%</b>
<b>4,0pp ≤ X &lt; 5,0pp</b>	<b>25,0%</b>	
<b>X &lt; 4,0pp</b>	<b>0,0%</b>	
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

	<b>IV Corte</b>	<b>30% de la evaluación anual</b>
Número Acción	4	
Acciones y/o Metas Específicas	<p>Si el Servicio de Salud presentó un porcentaje <b>mayor o igual a un 80,0% a diciembre de 2020</b> de contrarreferencias al alta médica realizadas en el nivel secundario, deberá mantenerlo o aumentarlo.</p> <p>Si el Servicio de Salud presentó un porcentaje <b>menor a un 80,0% a diciembre de 2020</b> de contrarreferencias al alta médica realizadas en el nivel secundario, deberá <b>aumentar 10,0 puntos porcentuales de la brecha observada en su línea base a diciembre de 2020,</b></p>	
Medios de Verificación	i. Numerador: Informe de contrarreferencias al alta del Servicio de Salud. ii. Denominador: REM A07 + REM A32.	
Fórmula de Cálculo:	<p align="center"><b>Meta de mantención:</b></p> <p align="center">(Número total de contrarreferencias al alta médica realizadas en el periodo t / Número total de altas médicas realizadas en el periodo t) x 100.</p> <p align="center"><b>Meta de disminución de la brecha:</b></p> <p align="center">[(Porcentaje Contrarreferencias al Alta línea base - Porcentaje Contrarreferencias al Alta periodo t) / (Porcentaje Contrarreferencias al Alta línea base - 80,0%)] x 100.</p>	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido Meta Mantención</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 80,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>70,0% ≤ X &lt; 80,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>60,0% ≤ X &lt; 70,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>50,0% ≤ X &lt; 60,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 50,0%</b>	<b>0,0%</b>



	Resultado Obtenido Meta Disminución de la Brecha	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	$X \geq 10,0pp$	100,0%
	$9,0pp \leq X < 10,0pp$	75,0%
	$8,0pp \leq X < 9,0pp$	50,0%
	$7,0pp \leq X < 8,0pp$	25,0%
	$X < 7,0pp$	0,0%
Ponderación al Corte de la Acción		100,0%

Notas del Indicador:

1. En este indicador se incluyen establecimientos de alta complejidad excluyendo Institutos.
2. El informe del Servicio de Salud deberá ser enviado con frecuencia trimestral, con el total de contrarreferencias al alta por establecimiento del Servicio de Salud, incluyendo como anexo un listado rutificado de las contrarreferencias al alta, por mes, por establecimiento.

Anexos

Anexo N°1: "Rúbrica de evaluación informe en 1.2 "Pertinencia Derivaciones entre Especialidades Médicas".

Calificación	Aspectos a evaluar
<b>Satisfactorio (100%)</b>	Cumple con enviar reporte de pertinencia y agrega informe de análisis del indicador en su servicio, identificando especialidades con menor porcentaje de pertinencia, establecimientos con bajo registro de pertinencia de nivel secundario, analiza causas, describe plan de trabajo para mejorar el indicador establecido en corte anterior, informando de avances a la fecha del IV corte.
<b>Suficiente (75%)</b>	Cumple con enviar reporte e informe, pero análisis del indicador en su servicio es incompleto, y/o plan de trabajo no se ajusta a los problemas identificados.
<b>Deficiente (50%)</b>	Cumple con envío de reporte e informe, pero análisis es deficiente (carece de análisis y/o no se establece plan de trabajo y/o no se informa de avances sin expresión de causa).
<b>Mínimo (25%)</b>	Cumple con envío de reporte de pertinencia sin enviar informe de análisis.
<b>No cumple (0%)</b>	No cumple con enviar reporte de pertinencia ni informe de análisis.



Ministerio de  
Salud

Gobierno de Chile

**COMPROMISO DE GESTIÓN N°2**  
**PROGRAMACIÓN DE PROFESIONALES**  
**Y ACTIVIDADES EN RED**



<b>Ámbito RISS:</b>	Modelo Asistencial - Organización y Gestión
<b>Atributo:</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Población y territorio a cargo, definidos y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud, que determinan la oferta de servicios de salud.</li><li>2. Una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, gestión de enfermedades, y cuidados paliativos, y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud personales y los servicios de salud pública.</li><li>12. Sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red, con desglose de los datos por sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes.</li></ol>

## Objetivo General

Optimizar los procesos de gestión y evaluación del cumplimiento de la programación de los recursos en actividades trazadoras de Atención Primaria de Salud y en la totalidad de las horas institucionales contratadas de profesionales de Atención Secundaria y Terciaria en la red, con énfasis en la coordinación de los niveles para satisfacer la demanda asistencial.

## Objetivos Específicos

- Potenciar los mecanismos de coordinación y gestión de las redes asistenciales, con optimización de la utilización de las horas profesionales contratadas validadas por sistema de registro de RRHH, SIRH.
- Alcanzar el cumplimiento de las actividades programadas en atención primaria en relación a la producción anual, en un proceso programático que responde a la demanda de la población.
- Optimizar el cumplimiento de la programación de la oferta institucional de profesionales médicos especialistas y de profesionales de enfermería, matronería, fonoaudiología, tecnología médica, nutrición, terapia ocupacional, kinesiología, química y farmacia, asistencia social y psicología clínica de la totalidad de los Servicios de Salud.
- Optimizar la gestión de la oferta institucional de recurso humano odontólogo especialista de la totalidad de los Servicios de Salud, para maximizar el rendimiento y la eficiencia, asegurando una Red productiva, con estándares de seguridad y calidad en la atención de salud.
- Utilizar la programación de especialidades odontológicas como herramienta de gestión para definir brechas y sus planes de acción, a través de mecanismos de coordinación en Red.
- Fomentar en la implementación de mecanismos de monitoreo del cumplimiento de la programación y de acciones para dar resolución a la brecha definida, en la atención odontológica de especialidad en los Niveles Primario, secundario y terciario de Salud
- Implementar mecanismos de control de gestión, para la monitorización y seguimiento de cumplimiento de programación y así definir las acciones correctivas en relación al proceso de programación y ejecución de ella.
- Generar análisis de la gestión de la oferta y demanda, tanto para la programación de Atención Primaria como para la programación de atención de especialidades en nivel secundario y terciario.
- Optimizar el cumplimiento de la programación de la oferta institucional en telemedicina por profesionales médicos especialistas.



## Marco Referencial y Consideraciones Técnicas

La programación operativa en APS se encuentra estructurada en el marco de la Programación en Red y se traduce en un instrumento de gestión, contenido en el Plan de Salud Comunal (artículo 58 de la ley 19.378). La programación operativa es un instrumento que debe sistematizar los aspectos “operativos” relacionados con las actividades que permiten materializar los productos en una expresión anual, es decir, el plan de acción del Plan de Salud Comunal se materializa en el proceso de Programación.

En la gestión de la programación del Nivel Secundario y Terciario, cada Servicio de Salud, debe realizar la definición de sus objetivos y líneas estratégicas que permitan satisfacer la demanda de la población asignada. Dado esto, se establecen las carteras de servicios asociadas a cada establecimiento de la Red, de forma que se optimice el funcionamiento de ella, con implementación de los principales procesos asistenciales, de forma que se defina un flujo articulado de las personas entre los distintos niveles de la Red, asegurando la continuidad de la atención.

El Proceso de Programación anual se inicia en septiembre de cada año con la difusión de las Orientaciones Técnicas para la Planificación y Programación en Red emitidas por el Ministerio de Salud. La difusión es responsabilidad de cada Servicio de Salud y debe contemplar a todos los establecimientos que conforman su Red. Se debe implementar Comité de Programación en los Servicios de Salud, donde el director en su Rol de Coordinador de la Red, debe definir los lineamientos de gestión a seguir para el año entrante, analizando y gestionando la totalidad de su oferta institucional y su demanda actualizada, en función de los requerimientos de salud de la población. Los Comité de Programación, deben ser implementados también a nivel de los establecimientos para que utilicen la programación como herramienta en la gestión, con monitoreo de indicadores y planteamiento de mejoras para lograr los objetivos definidos para el año.

Las estrategias y lineamientos del Servicio de Salud deben ser presentados en el Consejo integrador de la Red Asistencial (CIRA) ya sea de manera presencial o remota, a más tardar en octubre del mismo año, para que posterior a ello los Comité de Programación de los establecimientos trabajen en su programación de manera interna. Este producto debe ser presentado y validado por el Servicio de Salud en enero del año en curso, en búsqueda de optimizar la complementariedad de carteras de servicios y gestión de mejora en el uso de los recursos.

Dado el impacto de la Alerta Sanitaria COVID 19, al plantear la programación del nivel secundario y terciario, es esencial que cada Servicio de Salud, liderado por el Gestor de Red y por lo tanto que cada establecimiento a programar, conozca la situación epidemiológica del área asignada a su red y las condiciones mínimas para programar la actividad clínica. Sin olvidar que se debe monitorear periódicamente cualquier cambio en la circulación viral de COVID-19, para poder realizar la definición de los objetivos y líneas estratégicas que permitan satisfacer la demanda de su población asignada de manera segura y eficaz, salvaguardando la seguridad del usuario, del personal de salud y su entorno.

El proceso programático de los establecimientos se inicia con el diagnóstico de la Red asignada que incluya: análisis de Situación Epidemiológica y condiciones generales, evaluación de condiciones de seguridad, sumado



al análisis de Oferta y Demanda y la comparación entre estos 2 resultados, para poder realizar el cálculo de la brecha existente.

## Definiciones y Terminología

- **Red Asistencial Integrada de Servicio de Salud (RISS):** “Una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar servicios de salud equitativos e integrales a una población definida y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”.
- **Programación en APS:** Corresponde al proceso de ejecución operativa del Plan de Cuidados de Salud de la Población contenido en el Plan de Salud Comunal, mediante un instrumento de programación de actividades que contiene: la cartera de prestaciones definida para cada comuna, la estimación de cuidados primarios (demanda), estimación de recursos necesarios, oferta y brecha de horas técnico-profesionales para cuidados primarios.
- **Programación Oferta Institucional Atención Secundaria y Terciaria:** Es el resultado de la aplicación de coeficientes técnicos y estándares de rendimiento, de acuerdo a las horas contratadas de recurso humano, y su distribución horaria, que permite conocer la oferta de prestaciones disponibles del mismo.
- **Especialidades Médicas:** Se deberán programar a los médicos especialistas según las especialidades consideradas en la Superintendencia de Salud y su correspondiente especialidad o programa según listado establecido en REM A07.
- **Especialidades Odontológicas:** Las consideradas en el Decreto número 8 del año 2013 emanado por la Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- **Programación Oferta Institucional de Especialidades Odontológicas Atención Primaria, Secundaria y Terciaria:** Es el resultado de la aplicación de coeficientes técnicos y estándares de rendimiento a la totalidad de las horas contratadas de recurso humano odontólogo, que evidencia la oferta disponible del mismo. (Anexo 19, Orientaciones para la Planificación y Programación en Red 2020).
- **Actividades Clínicas:** Aquellas relacionadas con la atención directa del paciente y su familia, en los ámbitos de la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. (Anexo N° 14 “Glosario de Actividades Clínicas” Orientaciones Técnicas Programación y Planificación en Red 2020”).
- **Actividades No Clínicas:** Actividades no relacionadas con la atención del paciente sino con la gestión clínica, organizacional, de recursos, de investigación y docencia tendientes a apoyar el desarrollo de las actividades clínicas y de la institución. (Anexo N° 14 “Glosario de Actividades Clínicas” Orientaciones Técnicas Programación y Planificación en Red 2020”).
- **Consulta nueva de especialidad odontológica:** Corresponde a la primera atención del paciente derivado a consulta de especialidad, generada por un episodio de enfermedad, en la cual el/la odontólogo/a evaluará el ingreso a tratamiento según la pertinencia, de acuerdo a los criterios de referencia previamente definidos. Se considerará consulta nueva, toda primera consulta gestionada a través de interconsulta, independiente que el paciente haya sido atendido en otra ocasión en la especialidad.
- **Tratamiento de especialidad odontológica:** en el contexto de la evaluación del cumplimiento de programación, corresponde al conjunto de acciones (detallados en Anexo 20, Orientaciones para la Planificación y Programación en Red 2021) ejecutadas por el/la profesional odontólogo/a con el objetivo de curar o aliviar patologías del territorio buco maxilofacial. Este conjunto de acciones, en las especialidades de Odontopediatría, Periodoncia, Patología Oral y Maxilofacial, Ortodoncia, Rehabilitación Oral: prótesis



removible e implantoasistida, Trastornos Temporomandibulares y Cirugía Buco Maxilofacial, constituyen un alta integral del paciente; en Endodoncia, el tratamiento se refiere al conjunto de acciones que concluyen con la obturación de un diente con uno o más canales radiculares; en Rehabilitación Oral, prótesis fija, se refiere al conjunto de acciones que concluyen con la cementación de una prótesis y en Implantología, se refiere al conjunto de acciones que concluyen en la instalación de un implante.

- **Telemedicina:** corresponde a una estrategia que entrega prestaciones de salud a distancia con interacción entre profesionales de la salud quienes logran comunicación a través del uso de Tecnologías de Información y Comunicaciones, obteniéndose un planteamiento u orientación diagnóstica y terapéutica, que busca garantizar la equidad y oportunidad de la atención de salud a comunidades que presentan brechas de acceso, en el marco de RISS.

## Nombre del Indicador

- **2.1** Porcentaje de cumplimiento de la programación de actividades trazadoras por comuna y establecimiento de Atención Primaria de Salud dependiente de Servicio de Salud.
- **2.2** Porcentaje de cumplimiento de la programación de horas de consultas y actividades, presenciales y remotas de profesionales en Atención Secundaria y Terciaria.
- **2.3** Porcentaje de cumplimiento de programación de horas de consultas de Telemedicina por profesionales médicos especialistas en Atención Secundaria y Terciaria.
- **2.4** Porcentaje de cumplimiento de la programación de consultas nuevas, tratamientos y procedimientos imagenológicos de Especialidades Odontológicas, realizados por profesionales Cirujanos Dentistas en la Red.

## Meta Nacional Año 2021

- Al año 2021, los Servicios de Salud deben realizar el proceso de programación en red y gestión de la oferta de consultas y actividades del **100,0%** de los profesionales de la Red Asistencial, con un cumplimiento mayor o igual al **95,0%** de las actividades, consultas y procedimientos realizados por profesionales no médicos, médicos y odontólogos, de especialidad o generales, en Atención Primaria, Secundaria, Terciaria y Telemedicina, con validación de horas totales contratadas por sistema de registro de RRHH según corresponda

## Metodología de Evaluación

Indicador	Ponderación por Corte
2.1 Porcentaje de cumplimiento de la programación de actividades trazadoras por comuna y establecimiento APS dependiente de Servicio de Salud	<b>1,0%</b>
2.2 Porcentaje de cumplimiento de la programación de horas de consultas y actividades, presenciales y remotas de profesionales en Atención Secundaria y Terciaria.	<b>1,2%</b>
2.3 Porcentaje de cumplimiento de programación de horas de consultas de Telemedicina por profesionales médicos especialistas en Atención Secundaria y Terciaria.	<b>0,8%</b>
2.4 Porcentaje de cumplimiento de la programación de consultas nuevas, tratamientos y procedimientos imagenológicos de Especialidades Odontológicas, realizados por profesionales Cirujanos Dentistas en la Red.	<b>1,0%</b>





## Ficha General Indicador

Nombre del Indicador	<b>2.1 Porcentaje de cumplimiento de la programación de actividades trazadoras por comuna y establecimiento APS dependiente de Servicio de Salud</b>
Fórmula de Cálculo	(Número total de actividades trazadoras realizadas en el periodo t / Número total de actividades trazadoras programadas para el periodo t) x 100.
Fuente de Datos	Local, REM y RNI.

### Metas y Ponderaciones por Corte

I Corte		25% de la evaluación anual
Número Acción	1	
Acciones y/o Metas Específicas	Programación de 51 trazadoras por comuna y establecimiento APS dependiente de Servicio de Salud.	
Medios de Verificación	i. Planilla estandarizada de 51 trazadoras por comuna y establecimiento APS dependiente de Servicio de Salud, con datos provenientes de programación operativa de APS.	
Fórmula de Cálculo:	(Número de planillas estandarizadas por comuna y establecimiento dependiente de Servicio de Salud con programación realizadas en el periodo t / Número de planillas estandarizadas por comuna y establecimiento dependiente de Servicio de Salud con programación comprometidas en el periodo t) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	X = 100,0%	100,0%
	X < 100,0%	Según cumplimiento
Ponderación al Corte de la Acción	80,0%	
Número Acción	2	
Acciones y/o Metas Específicas	Difusión de trazadoras a la Red de APS.	
Medios de Verificación	i. Acta de reunión de SS con la red APS o correos electrónicos que aborden difusión de 51 trazadoras a la Red.	
Fórmula de Cálculo:	(Número de medios de verificación con difusión de 51 trazadoras a la Red enviados en el periodo t / Número de medios de verificación con difusión de 51 trazadoras a la Red comprometidos en el periodo t) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	X = 100,0%	100,0%
	X < 100,0%	0,0%
Ponderación al Corte de la Acción	20,0%	
II Corte		25% de la evaluación anual
Número Acción	3	
Acciones y/o Metas Específicas	Cumplimiento mayor o igual al 95,0% de las actividades trazadoras definidas por curso de vida programadas al corte (con datos a junio 50%).	
Medios de Verificación	i. Planilla estandarizada de 51 trazadoras actualizada (reprogramación) por comuna y establecimiento APS dependiente de Servicio de Salud. La planilla con trazadoras actualizadas será devuelta al SS con el cumplimiento al corte (extracción datos REM- DEIS).	
Fórmula de Cálculo:	(Número total de actividades trazadoras realizadas en el periodo t / Número total de actividades trazadoras programadas para el periodo t) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	X ≥ 95,0%	100,0%
	85,0% ≤ X < 95,0%	75,0%



	<b>75,0% ≤ X &lt; 85,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>65,0% ≤ X &lt; 75,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 65,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	40,0%	
Número Acción	<b>4</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Actualización planilla estandarizada de 51 trazadoras (reprogramación) por comuna y establecimiento APS dependiente de Servicio de Salud	
Medios de Verificación	i. Planilla estandarizada de 51 trazadoras actualizada (reprogramación) por comuna y establecimiento APS dependiente de Servicio de Salud. La planilla con trazadoras actualizadas será devuelta al SS con el cumplimiento al corte (extracción datos REM- DEIS).	
Fórmula de Cálculo:	(Número de planillas estandarizadas con reprogramación realizadas en el periodo t / Número de planillas estandarizadas con reprogramación comprometidas en el periodo t) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>Según cumplimiento</b>
Ponderación al Corte de la Acción	30,0%	
Número Acción	<b>5</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Plan de acción por comuna y establecimiento APS dependiente de Servicio de Salud para mejorar cumplimiento (incluye acciones por cada actividad de bajo cumplimiento).	
Medios de Verificación	i. Planilla de plan de acción por comuna y establecimiento APS dependiente de Servicio de Salud (incluye acciones por cada actividad de bajo cumplimiento). Formato en Anexo.	
Fórmula de Cálculo:	(Número de planes de acción enviados en el periodo t / Número de planes de acción comprometidos en el periodo t) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>Según cumplimiento</b>
Ponderación al Corte de la Acción	30,0%	

	<b>III Corte</b>	<b>25% de la evaluación anual</b>
Número Acción	<b>6</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Cumplimiento mayor o igual al <b>95,0%</b> de las actividades trazadoras definidas por curso de vida programadas al corte (con datos a septiembre 75,0%).	
Medios de Verificación	i. Planilla estandarizada de 51 trazadoras actualizada (reprogramación) por comuna y establecimiento APS dependiente de Servicio de Salud. La planilla con trazadoras actualizadas será devuelta al SS con el cumplimiento al corte (extracción datos REM- DEIS).	
Fórmula de Cálculo:	(Número total de actividades trazadoras realizadas en el periodo t / Número total de actividades trazadoras programadas para el periodo t) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 95,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>85,0% ≤ X &lt; 95,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>75,0% ≤ X &lt; 85,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>65,0% ≤ X &lt; 75,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 65,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	40,0%	
Número Acción	<b>7</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Actualización planilla estandarizada de 51 trazadoras (reprogramación) por comuna y establecimiento APS dependiente de Servicio de Salud	
Medios de Verificación	i. Planilla estandarizada de 51 trazadoras actualizada (reprogramación) por comuna y establecimiento APS dependiente de Servicio de Salud. La planilla con trazadoras actualizadas será devuelta al SS con el cumplimiento al corte (extracción datos REM- DEIS).	
Fórmula de Cálculo:	(Número de planillas estandarizadas con reprogramación realizadas en el periodo t / Número de	



	planillas estandarizadas con reprogramación comprometidas en el periodo t) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>Según cumplimiento</b>
Ponderación al Corte de la Acción	30,0%	
Número Acción	<b>8</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Plan de acción por comuna y establecimiento APS dependiente de Servicio de Salud para mejorar cumplimiento (incluye acciones por cada actividad de bajo cumplimiento).	
Medios de Verificación	i. Planilla de plan de acción por comuna y establecimiento APS dependiente de Servicio de Salud (incluye acciones por cada actividad de bajo cumplimiento). Formato en Anexo.	
Fórmula de Cálculo:	(Número de planes de acción enviados en el periodo t / Número de planes de acción comprometidos en el periodo t) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>Según cumplimiento</b>
Ponderación al Corte de la Acción	30,0%	

	<b>IV Corte</b>	<b>25% de la evaluación anual</b>
Número Acción	<b>9</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Cumplimiento mayor o igual al <b>95,0%</b> de las actividades trazadoras definidas por curso de vida programadas al corte (con datos a diciembre de 2020 (100%).	
Medios de Verificación	i. Planilla estandarizada de 51 trazadoras actualizada (reprogramación) por comuna y establecimiento APS dependiente de Servicio de Salud. La planilla con trazadoras actualizadas será devuelta al SS con el cumplimiento al corte (extracción datos REM- DEIS).	
Fórmula de Cálculo:	(Número total de actividades trazadoras realizadas en el periodo t / Número total de actividades trazadoras programadas para el periodo t) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 95,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>85,0% ≤ X &lt; 95,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>75,0% ≤ X &lt; 85,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>65,0% ≤ X &lt; 75,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 65,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	60,0%	
Número Acción	<b>10</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Difusión Orientaciones para la Planificación y Programación en Red año 2022 en CIRA, componente APS.	
Medios de Verificación	i. Acta de reunión CIRA conteniendo la presentación de Orientaciones para la Planificación y Programación en Red año 2022, componente APS.	
Fórmula de Cálculo:	(Número de actas de reuniones CIRA realizadas en el periodo t / Número de actas de reuniones CIRA comprometidas en el periodo t) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	20,0%	
Número Acción	<b>11</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Contar con proceso de programación 2022 en APS por cada comuna y establecimientos APS dependiente de Servicios de Salud (Incluye Hospitales Comunitarios), revisado y visado por el Servicio de Salud.	
Medios de Verificación	i. Planillas de Programación de APS 2021 por cada comuna y establecimientos APS dependiente de Servicios de Salud (Incluye Hospitales Comunitarios), revisado y visado por el Servicio de Salud.	



Fórmula de Cálculo:	(Número de planillas estandarizadas con programación realizadas en el periodo t / Número de planillas estandarizadas con programación comprometidas en el periodo t) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>Según cumplimiento</b>
Ponderación al Corte de la Acción	20,0%	

### Ficha General Indicador

Nombre del Indicador	<b>2.2 Porcentaje de cumplimiento de la programación de horas de consultas y actividades, presenciales y remotas de profesionales en Atención Secundaria y Terciaria.</b>
Fórmula de Cálculo	(Número total de consultas y actividades presenciales y remotas de profesionales médicos especialistas y de profesionales no médicos realizadas en el periodo t / Número total de consultas y actividades, presenciales y remotas de profesionales médicos especialistas y de profesionales no médicos programadas en el periodo t) x 100.
Fuente de Datos	REM 06, REM 07, REM 28 y REM 32. Se enviará Instructivo vía Ordinario a la Dirección de SS y Referentes de Programación de SS, con las celdas REM 2021 que se utilizarán para la evaluación de Consultas y actividades presenciales y remotas de profesionales medicos y no medicos de la Red de manera conjunta con Salud Digital.

### Metas y Ponderaciones por Corte

	<b>I Corte</b>	<b>20% de la evaluación anual</b>
Número Acción	<b>1</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Cumplimiento del <b>95,0%</b> de consultas y actividades presenciales y remotas totales de profesionales (excluye odontología) programados al corte.	
Medios de Verificación	i. Planilla consolidada del SS con el cumplimiento consultas y actividades presenciales y remotas totales de profesionales (excluye odontología) (período enero- marzo 2021).	
Fórmula de Cálculo:	(Número total de consultas y actividades presenciales y remotas de profesionales médicos especialistas y de profesionales no médicos realizadas en el periodo t / Número total de consultas y actividades, presenciales y remotas de profesionales médicos especialistas y de profesionales no médicos programadas en el periodo t) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 95,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>85,0% ≤ X &lt; 95,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>75,0% ≤ X &lt; 85,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>65% ≤ X &lt; 75,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 65,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

	<b>II Corte</b>	<b>25% de la evaluación anual</b>
Número Acción	<b>2</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Cumplimiento del <b>95,0%</b> de consultas y actividades presenciales y remotas totales de profesionales (excluye odontología) programados al corte.	
Medios de Verificación	i. Planilla consolidada del SS con el cumplimiento consultas y actividades presenciales y remotas totales de profesionales (excluye odontología) (período enero- junio 2021).	
Fórmula de Cálculo:	(Número total de consultas y actividades presenciales y remotas de profesionales médicos especialistas y de profesionales no médicos realizadas en el periodo t / Número total de consultas y actividades, presenciales y remotas de profesionales médicos especialistas y de	



	profesionales no médicos programadas en el periodo t) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 95,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>85,0% ≤ X &lt; 95,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>75,0% ≤ X &lt; 85,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>65% ≤ X &lt; 75,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 65,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

	<b>III Corte</b>	<b>25% de la evaluación anual</b>
Número Acción	3	
Acciones y/o Metas Específicas	Cumplimiento del <b>95,0%</b> de consultas y actividades presenciales y remotas totales de profesionales (excluye odontología) programados al corte.	
Medios de Verificación	i. Planilla consolidada del SS con el cumplimiento consultas y actividades presenciales y remotas totales de profesionales (excluye odontología) (período enero- septiembre 2021).	
Fórmula de Cálculo:	(Número total de consultas y actividades presenciales y remotas de profesionales médicos especialistas y de profesionales no médicos realizadas en el periodo t / Número total de consultas y actividades, presenciales y remotas de profesionales médicos especialistas y de profesionales no médicos programadas en el periodo t) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 95,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>85,0% ≤ X &lt; 95,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>75,0% ≤ X &lt; 85,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>65% ≤ X &lt; 75,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 65,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

	<b>IV Corte</b>	<b>30% de la evaluación anual</b>
Número Acción	4	
Acciones y/o Metas Específicas	Cumplimiento del <b>95,0%</b> de consultas y actividades presenciales y remotas totales de profesionales (excluye odontología) programados al corte.	
Medios de Verificación	i. Planilla consolidada del SS con el cumplimiento consultas y actividades presenciales y remotas totales de profesionales (excluye odontología) (período enero- diciembre 2021).	
Fórmula de Cálculo:	(Número total de consultas y actividades presenciales y remotas de profesionales médicos especialistas y de profesionales no médicos realizadas en el periodo t / Número total de consultas y actividades, presenciales y remotas de profesionales médicos especialistas y de profesionales no médicos programadas en el periodo t) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 95,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>85,0% ≤ X &lt; 95,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>75,0% ≤ X &lt; 85,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>65% ≤ X &lt; 75,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 65,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

### Notas del Indicador

1. La definición de rendimientos por cada profesional programado, debe ajustarse a los lineamientos entregados en OOTT Planificación y Programación en Red 2021, publicadas en Web Minsal.



<https://www.minsal.cl/orientaciones-para-la-planificacion-y-programacion-en-red/>. Recordar que la validación final de los rendimientos asignados a los profesionales, es de responsabilidad del Director de cada establecimiento programado y por lo tanto validados por Director de cada Servicio de Salud.

2. De aplicar disminución de rendimientos por especialidad, en consultas y actividades presenciales y/o remotas, este debe ser debidamente justificada, resguardando que esta baja de rendimientos no afecte el total de consultas nuevas programadas anuales, por lo que se recomienda aumentar las horas de consultas nuevas programadas en sus distintas modalidades para estos casos, en la programación total de consultas ofertadas por la especialidad.
3. La Metodología de Validación de Nominas por DIGEDEP, se realizará a través de registros del Sistema Informático SIRH, según lo indicado en Instructivos de Programación RRHH DIGEDEP 2021.
4. Para el cálculo del cumplimiento del indicador, se realizará la siguiente ponderación: 50,0% consultas de médicos especialistas; 50,0% consultas de Profesionales No Médicos.
5. Entiéndase que en este indicador el porcentaje máximo de cumplimiento por cada especialidad será un 100,0%, por lo que de contar con cumplimientos por sobre el 100,0% de lo programado equivale a 100,0% cumplimiento de programación. Esta sobreproducción será evaluada como efecto de análisis del cómo se efectuó la metodología de programación.
6. La producción que no cuente con denominador de programación no será incluida en el cálculo de este indicador.

### Ficha General Indicador

Nombre del Indicador	<b>2.3 Porcentaje de cumplimiento de programación de horas de consultas de Telemedicina por profesionales médicos especialistas en Atención Secundaria y Terciaria.</b>
Fórmula de Cálculo	(Número total de consultas por telemedicina de profesionales médicos especialistas realizadas en el periodo / Total de consultas por Telemedicina de profesionales médicos especialistas programadas en el periodo) x 100.
Fuente de Datos	REM A30 + REM A32.

### Metas y Ponderaciones por Corte

	I Corte	20% de la evaluación anual
Número Acción	<b>1</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Cumplimiento de <b>95,0%</b> de las horas de consultas por Telemedicina de profesionales médicos especialistas programadas Atención Secundaria y Terciaria.	
Medios de Verificación	i. Planilla consolidada del SS con el cumplimiento consultas de Telemedicina de profesionales médicos especialistas programados al corte. (período enero- marzo 2021).	
Fórmula de Cálculo:	(Número total de consultas por telemedicina de profesionales médicos especialistas realizadas en el periodo / Total de consultas por Telemedicina de profesionales médicos especialistas programadas en el periodo) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 95,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>85,0% ≤ X &lt; 95,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>75,0% ≤ X &lt; 85,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>65,0% ≤ X &lt; 75,0%</b>	<b>25,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	



II Corte		25% de la evaluación anual
Número Acción	3	
Acciones y/o Metas Específicas	Cumplimiento del <b>95,0%</b> de consultas y actividades presenciales y remotas totales de profesionales (excluye odontología) programados al corte.	
Medios de Verificación	i. Planilla consolidada del SS con el cumplimiento consultas de Telemedicina de profesionales médicos especialistas programados al corte. (período enero- junio 2021).	
Fórmula de Cálculo:	(Número total de consultas por telemedicina de profesionales médicos especialistas realizadas en el periodo / Total de consultas por Telemedicina de profesionales médicos especialistas programadas en el periodo) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b><math>X \geq 95,0\%</math></b>	<b>100,0%</b>
	<b><math>85,0\% \leq X &lt; 95,0\%</math></b>	<b>75,0%</b>
	<b><math>75,0\% \leq X &lt; 85,0\%</math></b>	<b>50,0%</b>
	<b><math>65\% \leq X &lt; 75,0\%</math></b>	<b>25,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

III Corte		25% de la evaluación anual
Número Acción	4	
Acciones y/o Metas Específicas	Cumplimiento del <b>95,0%</b> de consultas y actividades presenciales y remotas totales de profesionales (excluye odontología) programados al corte.	
Medios de Verificación	i. Planilla consolidada del SS con el cumplimiento consultas de Telemedicina de profesionales médicos especialistas programados al corte. (período enero- septiembre 2021).	
Fórmula de Cálculo:	(Número total de consultas por telemedicina de profesionales médicos especialistas realizadas en el periodo / Total de consultas por Telemedicina de profesionales médicos especialistas programadas en el periodo) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b><math>X \geq 95,0\%</math></b>	<b>100,0%</b>
	<b><math>85,0\% \leq X &lt; 95,0\%</math></b>	<b>75,0%</b>
	<b><math>75,0\% \leq X &lt; 85,0\%</math></b>	<b>50,0%</b>
	<b><math>65\% \leq X &lt; 75,0\%</math></b>	<b>25,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

IV Corte		30% de la evaluación anual
Número Acción	5	
Acciones y/o Metas Específicas	Cumplimiento de <b>95,0%</b> de las horas de consultas por Telemedicina de profesionales médicos especialistas programadas Atención Secundaria y Terciaria.	
Medios de Verificación	i. Planilla consolidada del SS con el cumplimiento consultas de Telemedicina de profesionales médicos especialistas programados al corte. (período enero- diciembre 2021).	
Fórmula de Cálculo:	(Número total de consultas por telemedicina de profesionales médicos especialistas realizadas en el periodo / Total de consultas por Telemedicina de profesionales médicos especialistas programadas en el periodo) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b><math>X \geq 95,0\%</math></b>	<b>100,0%</b>
	<b><math>85,0\% \leq X &lt; 95,0\%</math></b>	<b>75,0%</b>
	<b><math>75,0\% \leq X &lt; 85,0\%</math></b>	<b>50,0%</b>
	<b><math>65\% \leq X &lt; 75,0\%</math></b>	<b>25,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	



Ponderación al Corte de la Acción	80,0%	
Número Acción	2	
Acciones y/o Metas Específicas	Ordinario dirigido hacia Departamento de Salud Digital, que indique la definición del plan de trabajo del año 2022 para la implementación de estrategias de Telemedicina, de acuerdo a los criterios definidos en notas del indicador.	
Medios de Verificación	i. Envío de ordinario firmado por Director de SS con plan de trabajo para el año 2022, que detalle: responsables, análisis de oferta y demanda, nodos críticos de implementación de Telemedicina, de acuerdo a criterios definidos en notas de indicador.	
Fórmula de Cálculo:	(Número de Ordinarios que indiquen la definición del plan de trabajo del año 2022 realizadas en el periodo / Número de Ordinarios que indiquen la definición del plan de trabajo del año 2022 comprometidos en el periodo) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	20,0%	

### Notas del Indicador

- La definición de rendimientos por cada profesional programado, debe ajustarse a los lineamientos entregados en:
  - OOTT Planificación y Programación en Red 2021, publicadas en Web Minsal.
  - [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/09/20200908\\_ORIENTACIONES-PARA-LA-PLANIFICACION-EN-RED-2021.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/09/20200908_ORIENTACIONES-PARA-LA-PLANIFICACION-EN-RED-2021.pdf).
  - Ordinario N°5315 del 10 diciembre 2019, Programación de consultas por Telemedicina, complemento a OOTT para la Planificación y Programación en Red 2020.
  - Ordinario N°2448 del 4 de agosto 2020, Sobre el uso de tecnologías de información y comunicación en el ámbito de la salud.
- La Metodología de Validación de Nominas por DIGEDEP, a través de registros de Sistema Informático SIRH.
- Entiéndase que en este indicador el porcentaje máximo de cumplimiento por cada especialidad en telemedicina será un 100,0%, por lo que de contar con cumplimientos por sobre el 100,0% de lo programado equivale a 100,0% cumplimiento de programación. Esta sobreproducción será evaluada como efecto de análisis del cómo se efectuó la metodología de programación.
- La producción que no cuente con denominador de programación, no será incluida en el cálculo de este indicador.
- En el Plan de trabajo para implementación de estrategias de Telemedicina, se sugiere que:
  - Los Servicios de Salud que, en base a la programación del año 2020, cuenten con menos de 4 estrategias de Telemedicina implementadas en sus establecimientos, se recomienda incorporar al menos 2 nuevas especialidades en su programación.
  - Los Servicios de Salud que, en base a la programación del año 2020, cuenten con 4 o más estrategias de Telemedicina implementadas en sus establecimientos, se recomienda incorporar al menos 1 nueva especialidad en su programación.

### Ficha General Indicador





Nombre del Indicador	<b>2.4 Porcentaje de cumplimiento de la programación de consultas nuevas, tratamientos y procedimientos imagenológicos de Especialidades Odontológicas, realizados por profesionales Cirujanos Dentistas en la Red.</b>
Fórmula de Cálculo	(Número total de consultas nuevas, tratamientos y procedimientos imagenológicos de especialidades odontológicas, realizadas por profesional Cirujano Dentista en el período t / Número total de consultas nuevas, tratamientos y procedimientos imagenológicos de especialidades odontológicas programadas por profesional Cirujano Dentista en el período t) x 100.
Fuente de Datos	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Planilla Programación Especialidades Odontológicas 2021.</li> <li>– Planilla Programación Imagenología oral y maxilofacial 2021.</li> <li>– Anexo 20: Coordinación y Programación de la Red Odontológica, Orientaciones para la planificación y programación de la red 2021.</li> <li>– Anexo RRHH Odontología 2021: Oferta de horas contratadas validada por la División de Gestión y Desarrollo de las Personas (DIGEDEP) .             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Instructivo Anexo RRHH Odontología 2021.</li> </ul> </li> <li>– Planilla de Evaluación que se disponibilizará previo a cada corte de evaluación.</li> <li>– REM A09 sección F, sección F.1 y sección I.</li> </ul>

### Metas y Ponderaciones por Corte

I Corte		20% de la evaluación anual
Número Acción	<b>1</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Cumplimiento mayor o igual a <b>95,0%</b> de consultas nuevas, tratamientos y procedimientos imagenológicos de Especialidades Odontológicas realizadas por profesional Cirujano Dentista programados en los establecimientos de baja, mediana y alta complejidad en el período enero-marzo 2021.	
Medios de Verificación	i. Planilla Excel de Evaluación con el cumplimiento de acuerdo al denominador validado por Servicio de Salud, correspondiente al período enero - marzo 2021. ii. Reporte REM A09 sección F, sección F.1 y sección I.	
Fórmula de Cálculo:	(Número total de consultas nuevas, tratamientos y procedimientos imagenológicos de especialidades odontológicas, realizadas por profesional Cirujano Dentista en el período t / Número total de consultas nuevas, tratamientos y procedimientos imagenológicos de especialidades odontológicas programadas por profesional Cirujano Dentista en el período t) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 95,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>85,0% ≤ X &lt; 95,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>75,0% ≤ X &lt; 85,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>65,0% ≤ X &lt; 75,0%</b>	<b>25,0%</b>
<b>X &lt; 65,0%</b>	<b>0,0%</b>	
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

II Corte		25% de la evaluación anual
Número Acción	<b>2</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Cumplimiento mayor o igual a <b>95,0%</b> de consultas nuevas, tratamientos y procedimientos imagenológicos de Especialidades Odontológicas realizadas por profesional Cirujano Dentista programados en los establecimientos de baja, mediana y alta complejidad en el período enero-junio 2021.	
Medios de Verificación	i. Planilla Excel de Evaluación con el cumplimiento de acuerdo al denominador validado por Servicio de Salud, correspondiente al período enero - junio 2021.	



	ii. Reporte REM A09 sección F, sección F.1 y sección I.	
Fórmula de Cálculo:	$\frac{\text{Número total de consultas nuevas, tratamientos y procedimientos imagenológicos de especialidades odontológicas, realizadas por profesional Cirujano Dentista en el período t} / \text{Número total de consultas nuevas, tratamientos y procedimientos imagenológicos de especialidades odontológicas programadas por profesional Cirujano Dentista en el período t}}{100}$	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 95,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>85,0% ≤ X &lt; 95,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>75,0% ≤ X &lt; 85,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>65,0% ≤ X &lt; 75,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 65,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

	<b>III Corte</b>	<b>25% de la evaluación anual</b>
Número Acción	3	
Acciones y/o Metas Específicas	Cumplimiento mayor o igual a <b>95,0%</b> de consultas nuevas, tratamientos y procedimientos imagenológicos de Especialidades Odontológicas realizadas por profesional Cirujano Dentista programados en los establecimientos de baja, mediana y alta complejidad en el período enero-septiembre 2021.	
Medios de Verificación	i. Planilla Excel de Evaluación con el cumplimiento de acuerdo al denominador validado por Servicio de Salud, correspondiente al período enero - septiembre 2021. ii. Reporte REM A09 sección F, sección F.1 y sección I.	
Fórmula de Cálculo:	$\frac{\text{Número total de consultas nuevas, tratamientos y procedimientos imagenológicos de especialidades odontológicas, realizadas por profesional Cirujano Dentista en el período t} / \text{Número total de consultas nuevas, tratamientos y procedimientos imagenológicos de especialidades odontológicas programadas por profesional Cirujano Dentista en el período t}}{100}$	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 95,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>85,0% ≤ X &lt; 95,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>75,0% ≤ X &lt; 85,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>65,0% ≤ X &lt; 75,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 65,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

	<b>IV Corte</b>	<b>25% de la evaluación anual</b>
Número Acción	4	
Acciones y/o Metas Específicas	Cumplimiento mayor o igual a <b>95,0%</b> de consultas nuevas, tratamientos y procedimientos imagenológicos de Especialidades Odontológicas realizadas por profesional Cirujano Dentista programados en los establecimientos de baja, mediana y alta complejidad en el período enero-diciembre 2021.	
Medios de Verificación	i. Planilla Excel de Evaluación con el cumplimiento de acuerdo al denominador validado por Servicio de Salud, correspondiente al período enero - diciembre 2021. ii. Reporte REM A09 sección F, sección F.1 y sección I.	
Fórmula de Cálculo:	$\frac{\text{Número total de consultas nuevas, tratamientos y procedimientos imagenológicos de especialidades odontológicas, realizadas por profesional Cirujano Dentista en el período t} / \text{Número total de consultas nuevas, tratamientos y procedimientos imagenológicos de especialidades odontológicas programadas por profesional Cirujano Dentista en el período t}}{100}$	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 95,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>85,0% ≤ X &lt; 95,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>75,0% ≤ X &lt; 85,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>65,0% ≤ X &lt; 75,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 65,0%</b>	<b>0,0%</b>



	$X \geq 95,0\%$	100,0%
	$85,0\% \leq X < 95,0\%$	75,0%
	$75,0\% \leq X < 85,0\%$	50,0%
	$65,0\% \leq X < 75,0\%$	25,0%
	$X < 65,0\%$	0,0%
Ponderación al Corte de la Acción		100,0%

**Notas del Indicador:**

1. La definición de rendimientos por cada profesional programado, se ajusta a los lineamientos entregados en OOTT Planificación y Programación en Red 2021, publicadas en Web Minsal. <https://www.minsal.cl/orientaciones-para-la-planificacion-y-programacion-en-red/>.
2. En relación con la metodología inicial del Proceso Programático, se distribuye Anexo RRHH Odontología 2021 e Instructivo Anexo RRHH Odontología 2021, en donde se instruye que el Jefe Dpto. de Gestión y Desarrollo de las Personas del establecimiento o el encargado de dicha función, debe revisar y complementar la planilla de personal con los datos contractuales de los Cirujanos/as Dentistas (sujetos de estudio) y sus derechos legales y disponer dicha información al Referente de Programación.
3. Es el referente de programación representando al Comité de Programación, quien debe programar el 100% de los profesionales de acuerdo con el registro SIRH en los instrumentos ad hoc. Dicha información se valida en conjunto con el/los referentes de los Servicios de Salud determinando el denominador con el que se evaluará el cumplimiento del presente indicador.

**Anexos**

**Anexo N°1: “Proceso de Programación en Atención Primaria de Salud”.**

Para el año 2021 cada Servicio de Salud debe reportar el monitoreo del cumplimiento de la programación de las actividades trazadoras (segundo, tercer y cuarto corte), por cada Comuna (Entidad Administradora Municipal) y cada establecimiento dependiente de Servicio de Salud que realice actividades de APS. Estos tres cortes incorporarán indicador de resultado, que corresponde al cumplimiento del 95% de lo programado al corte.

Se podrán reprogramar actividades, en los cortes de junio y septiembre, identificando en la planilla de monitoreo la reprogramación realizada y explicando en informe la justificación. Este informe también debe explicitar las comunas y establecimientos dependientes de SS que no reprogramaron.

El listado de “actividades trazadoras para Programación APS 2021” corresponde a un conjunto de prestaciones consideradas relevantes de programar, ofertar y monitorear en la población inscrita de los establecimientos APS.

Cuadro N°1: Actividades trazadoras para Programación APS 2021.

N°	Nivel	Prestaciones	Población a Atender
1	Prevención	Control de salud en población infantil menor de 1 año	Población 2, 4, 6 meses
2	Prevención	Control de salud infantil con evaluación del desarrollo psicomotor	Población de 8 meses
3	Prevención	Control de salud infantil con evaluación del desarrollo psicomotor	Población de 18 meses



4	Prevención	Control de salud infantil con evaluación del desarrollo psicomotor	Población de 3 años
5	Diagnóstico	Consulta de morbilidad en población infantil	Población menor de 10 años
6	Diagnóstico	Consulta de reevaluación de déficit/rezago del desarrollo psicomotor	Población menor de 2 años
7	Diagnóstico	Consulta de reevaluación de déficit/rezago del desarrollo psicomotor	Población entre 2 y 4 años
8	Tratamiento	Control de crónicos respiratorio sala IRA	Población bajo control menor de 20 años
9	Tratamiento	Ingreso agudos a sala ira según diagnostico	Población menor de 20 años
10	Prevención	Control de salud integral en población adolescente	Población entre 10 y 19 años
11	Diagnóstico	Consulta de morbilidad en población adolescente	Población entre 10 y 19 años
12	Prevención	Ingreso a programa de regulación de fertilidad en población adolescente	Población entre 10 y 19 años
13	Prevención	Consejería en salud sexual y reproductiva en población adolescente***	Población entre 10 y 19 años
14	Prevención	Consejería en prevención VIH e infección de transmisión sexual (ITS)***	Población entre 10 y 19 años
15	Tratamiento	Control de salud mental en población adolescente	Población bajo control entre 10 y 19 años
16	Prevención	Control de salud en población infantil ingreso - diada (madre -RN incluye puerperio)	Población menor de 28 días
17	Promoción	Educación grupal (salud sexual y prevención VIH e ITS)	Población general
18	Prevención	Ingreso control prenatal	Población mujer de 10 años y más
19	Prevención	Ingreso a programa de regulación de fertilidad en población adulta	Población de 20 años y más
20	Prevención	Consejería en salud sexual y reproductiva ***	Población mujer de 20 y más
21	Prevención	Control ginecológico	Población mujer de 20 y más
22	Prevención	Control de climaterio	Población mujer 45 a 64 años
23	Promoción	Consejería prevención VIH e infección de transmisión sexual (ITS)***	Población de 20 años y más
24	Tratamiento	Intervención psicosocial grupal	de 5 y más años bajo control en programa
25	Tratamiento	Control de salud mental (por médico)	Población bajo control
26	Tratamiento	Control de salud mental (por psicólogo)	Población bajo control
27	Promoción	Educación grupal en adolescentes (prevención suicidio/prevención trastorno mental)	Población entre 10 y 19 años
28	Prevención	Actividad física grupal cardiovascular	Población mayor de 10 años
29	Prevención	Control de salud en adultos mayores (EMPAM) seguimiento autovalente con riesgo	Población de 65 y más años
30	Prevención	Número de personas que retiran PACAM	Población de 70 años y más (más población de 60-69 años con motivo de ingreso específico de PACAM)
31	Tratamiento	Visita domiciliaria integral: evaluación sobrecarga del cuidador "Zarit abreviado"	Población total cuidadores
32	Tratamiento	Consulta de lactancia materna	Madres y población menor de 6 meses
33	Tratamiento	Consulta nutricional de malnutrición por déficit en población infantil	Población menor de 10 años
34	Tratamiento	Consulta nutricional de malnutrición por exceso en población infantil	Población menor de 10 años
35	Prevención	Consulta nutricional en población adolescente	Población entre 10 y 19 años
36	Diagnóstico	Consulta nutricional en adultos	Población de 20 a 64 años
37	Diagnóstico	Consulta nutricional en adultos mayores	Población de 65 y más años
38	Tratamiento	Control de crónicos respiratorios sala era	Población bajo control mayor de 20 años
39	Tratamiento	Rehabilitación pulmonar - educación grupal en sala	Población bajo control EPOC
40	Prevención	Vacuna neumocócica polisacárida	Población de 65 años cumplidos
41	Prevención	Consejería antitabaco ***	Población Total
42	Tratamiento	Consulta morbilidad odontológica adulto mayor	Población de 65 y más años
43	Diagnóstico	Radiografías odontológica	Población Total
44	Prevención	Consejería breve en tabaco	Población de 12 y más años
45	Promoción	Consejería familiar***	Total de familias
46	Tratamiento	Visita domiciliaria integral	Total de familias
47	Tratamiento	Estudio de familia (familias con plan de intervención)*	Total de familias
48	Tratamiento	Control de salud mental (por trabajador social)	ción SENAME bajo control Salud Mental
49	Tratamiento	Controles de salud según ciclo vital (por enfermera)	Niños, niñas, jóvenes y adolescentes que pertenecen a programas de la Red SENAME (Población inscrita validada)



50	Tratamiento	Controles de salud según ciclo vital (por matrona)	Niños, niñas, jóvenes y adolescentes que pertenecen a programas de la Red SENAME (Población inscrita validada)
51	Tratamiento	Controles integrales de personas con condiciones crónicas**	Población de 15 años y más con condiciones crónicas estratificada en riesgo moderado (G2) y riesgo alto (G3)

(\*) Trazadora 47 Estudio de Familia (familias con plan de intervención): Actividad se solicitará con programación a diciembre , y se evaluará cumplimiento sólo en el corte de diciembre

(\*\*) Trazadora 51 Controles integrales de personas con condiciones crónicas: Actividad se solicitará sólo a comunas que cuenten con población estratificada.

(\*\*\*) Trazadora 13, 14,20, 23, 41 y 45 que corresponden a Consejerías individuales se monitorearán en los cortes correspondientes, por lo que se solicitará su programación pero no cumplimiento, debido a que se necesitan mayores definiciones de estas prestaciones.

Respecto a la trazadora número 24 Intervención Psicosocial Grupal, el REM no incluye actividades como tal, sino número de personas, y debido a que esta prestación se considera relevante de programar, se solicita que las comunas programen el número de personas estimadas a recibir la prestación.

Respecto a la trazadora número 27 Educación grupal en adolescentes (prevención suicidio/prevención trastorno mental), al igual que la anterior, se mide cantidad de personas, debido a que el REM no incluye actividades diferenciadas por grupo etario, por esta razón sólo se debe programar el número de personas que recibirán la prestación, para efecto de COMGES.

Respecto a trazadora número 39 Rehabilitación Pulmonar es preciso aclarar que para efectos prácticos, se considerará lo registrado en el REM A23 sección M2 para cotejar la programación. Esto debido a que todas las sesiones poseen contenidos educativos pertinentes para la condición de salud del paciente en temáticas específicas (6) o en realización de ejercicios en casa (las 20 restantes). Se deberá programar la totalidad (26) de las sesiones para programa completo, no obstante, un paciente podrá completar su ciclo con la realización de un mínimo de 17 sesiones considerando la del cierre y evaluación.

A continuación, se mencionan consideraciones respecto a algunos medios de verificación de los distintos cortes:

Para el corte de marzo:

- “Planilla estandarizada de 51 trazadoras por comuna y establecimiento APS dependiente de Servicio de Salud, con datos provenientes de programación operativa de APS”. Esta planilla estandarizada será enviada por DIVAP para que los servicios de salud registren los datos de programación y luego devolverla para que del Departamento de Control de Gestión de DIVAP extraiga los datos de DEIS respecto a producción de actividades para efectos de monitoreo. Posterior a esto, el referente de Servicio de Salud recibirá el monitoreo y evaluación de cumplimiento correspondiente para ser visualizado a nivel de servicio y comuna..
- “Acta de reunión de SS con la red APS o correos electrónicos que aborden la difusión de 51 trazadoras a la Red”. Es necesario que directores de establecimiento y equipos de salud estén en conocimiento de cuáles son las actividades trazadoras para el año 2021.

Para el corte de junio:

- Planilla estandarizada de 51 trazadoras actualizada con reprogramación, por comuna y establecimiento



dependiente. La planilla con trazadoras actualizadas será devuelta al SS con el cumplimiento al corte (extracción datos REM- DEIS). Deberán cumplir el 95% de lo programado al corte (50% que corresponde producción esperada a junio 2020), que se traduce en un 47,5% a cumplir por cada trazadora, luego, se generará un porcentaje por comuna y por servicio de salud para la nota final. El sobre cumplimiento se considerará como un 100%, tal como señala la Fórmula de cálculo para el corte.

- "Plan de acción por comuna y establecimiento APS dependiente de Servicio de Salud para mejorar cumplimiento". Incluye acciones para cada actividad de bajo cumplimiento, se espera que el plan se trabaje en base al cumplimiento alcanzado al corte de anterior, en este caso, primer corte.

Cuadro N°2: Formato Plan de Acción.

Prestaciones de bajo cumplimiento	Población a atender	Profesional que otorga la prestación	Acciones de mejora	Programado	% cumplimiento ene-junio	% cumplimiento ene-sept
<i>Ejemplo: CONSULTA DE LACTANCIA MATERNA</i>	<i>Madres y población menor de 3 meses</i>	<i>Enfermera/o</i>	<i>Ej: Mejorar la Difusión de iniciativa entre funcionarios para derivación. Trabajo colaborativo entre Matrones que realizan visita a Recién Nacidos y derivación directa a Consultas de Lactancia (coordinar inmediatamente horas y entregarla al paciente, dejando comprometida su asistencia).</i>			

Para el corte de septiembre considerar:

- Planilla estandarizada de 51 trazadoras actualizada con reprogramación, por comuna y establecimiento dependiente. La planilla con trazadoras actualizadas será devuelta al SS con el cumplimiento al corte (extracción datos REM- DEIS). Deberán cumplir el 95% de lo programado al corte (75% que corresponde producción esperada a septiembre 2021), que se traduce en un 71,25% a cumplir.

Para el corte de diciembre considerar:

- Planilla estandarizada de 51 trazadoras por comuna y establecimiento dependiente. La planilla con trazadoras será devuelta al SS con el cumplimiento al corte (extracción datos REM- DEIS). Deberán cumplir el 95% de lo programado al corte (100% que corresponde a la producción esperada a diciembre 2021), que se traduce en un 95% a cumplir.
- Planillas de Programación de APS 2022 por cada comuna y establecimientos APS dependiente de Servicios de Salud (Incluye Hospitales Comunitarios), revisado y visado por el Servicio de Salud. Corresponde al proceso programático, donde se debe evidenciar el número total de actividades programadas por instrumento (total de cartera de prestaciones, no sólo las trazadoras del COMGES) y su formato es definido por el Servicio de Salud. Se de presentar como verificador las planillas de programación consolidada por comuna y establecimiento dependiente de SS.



**COMPROMISO DE GESTIÓN N°3**  
**ESTANDARIZACIÓN DEL PROCESO DE**  
**AGENDAMIENTO EN LA RED**  
**ASISTENCIAL**



<b>Ámbito RISS:</b>	Modelo Asistencial - Organización y Gestión
<b>Atributo:</b>	2. Una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, gestión de enfermedades, y cuidados paliativos, y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud personales y los servicios de salud pública. 12. Sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red, con desglose de los datos por sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes.

## Objetivo General

Generar en las Redes Asistenciales un trabajo a corto, mediano y largo plazo que se inicia con el diseño e implementación de estrategias en el contexto del proceso de agendamiento, permitiendo transparentar oferta, gestionar la demanda y optimizar recursos para otorgar una atención oportuna, eficaz y de calidad, así como también, contar con información clave para la toma de decisiones y mejoras del proceso.

## Objetivos Específicos

- Estandarizar el proceso de agendamiento y modelo de gestión de la demanda.
- Identificar y medir el nivel de implementación de los procesos de agendas centralizados y digitalizados de atención médica, odontológica y profesionales no médicos en los Establecimientos de mediana y alta complejidad.
- Aumentar los cupos para Consultas Nuevas de Especialidad (CNE) médica.
- Evaluar cumplimiento de las Consultas Nuevas de Especialidad (CNE) Odontológica programadas, reflejadas en la agenda en Establecimientos de mediana y alta complejidad.
- Disminuir tiempos de espera a la primera consulta de especialidad.
- Disminuir el porcentaje de pacientes que no se presentan a una consulta agendada.
- Entregar información suficiente y de calidad, que ayude a la toma de decisión y a mejorar gestión.

## Marco Referencial y Consideraciones Técnicas

En aspectos relacionados con Atención Primaria de Salud (APS), las Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria sirve como marco referencial y la Orientaciones para la Planificación y Programación en Red 2021 dan soporte al proceso programático de APS que se espera derive en el diseño de agendas de los profesionales de acuerdo a los requerimientos reales de su población a cargo, evitando el intercambio de usuarios de un sector a otro por falta de horas del profesional de su sector.

Durante el año 2018 la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud realizó un estudio llamado "Encuesta Gestión de Demanda" con un 84% de alcance a nivel nacional, dirigido a CESFAM y CECOSF. Entre los hallazgos destacó el tiempo de antelación para la apertura de agendas y el escalonamiento de agenda, ambos aspectos que necesitaban mayor avance para mejorar tiempos de espera y su correspondiente mejora en la experiencia usuaria. El tiempo de antelación en que se crea y disponibiliza la agenda es de 17,42% en 3 meses y 34,13% en 3 meses o más, sin embargo, existen establecimientos que crean la agenda con un mes de





antelación (39,47%) o menos de 1 mes (11,52%). Se recomienda que la agenda esté disponible con 3 meses o más de anticipación. para efectos de que el paciente se pueda ir con su hora ya agendada posterior a una atención.

Tabla N°1: Distribución de antelación de agenda disponible en los establecimientos de atención primaria.

Antelación disponibilización de agenda	Frecuencia	Porcentaje
<b>Menos de 1 mes</b>	82	11,52
<b>1 mes</b>	281	39,47
<b>2 meses</b>	106	14,89
<b>3 meses</b>	124	17,42
<b>4 a 6 meses</b>	62	8,71
<b>6 meses o más</b>	57	8,01
<b>Total</b>	712	100,00

La citación como agenda escalonada, entendida como la dación de horas escalonadas dentro del día, en donde el tiempo máximo para escalonar es de 1 hora se da en un 20,37% en los centros de atención primaria, mientras que la mayoría (79,07%) usa las horas dadas por sistema de agenda respecto a rendimiento de cada atención, es decir: 8 horas, 8:15 horas, etc. Se espera que los establecimientos logren la citación del usuario uno a uno, con el fin de mejorar los tiempos de espera y su consiguiente experiencia usuaria.

Tabla N°2: Distribución formas de citación de pacientes en agenda en los establecimientos de atención primaria

Formas de citación	Frecuencia	Porcentaje
<b>Uno a uno</b>	563	79,07
<b>Bloque de 1 hora</b>	145	20,37
<b>Bloque &gt; 1 hora</b>	4	0,56
<b>Total</b>	712	100,00

Ambos aspectos extraídos del diagnóstico de Gestión de Demanda en APS, sirven como insumo para la creación de las acciones requeridas para el COMGES de agendamiento de los establecimientos de atención primaria (CESFAM, CECOSF y Hospital Comunitario).

En relación con la Atención Ambulatoria de Especialidades, las Orientaciones para la Planificación y Programación de la Red es un insumo que contiene los pasos necesarios para realizar la programación anual de todos los profesionales médicos, odontólogos y no médicos, información que debe ser traspasada en el sistema de agenda de cada establecimiento. Por otra parte, en septiembre del año 2020, a través del Ord. N° 2640 se difundieron las Orientaciones Técnicas para el Proceso de Gestión de Agendas en atenciones ambulatorias de especialidad, que entregan lineamientos necesarios para realizar un correcto proceso de gestión de agenda para toda atención de salud, con el fin de lograr una eficiente utilización de horas a través de sus 4 subprocesos:

1. Subproceso de Administración y Programación de la agenda: Acciones para plasmar en el sistema de agenda la programación validada de acuerdo a la normativa institucional.
2. Subproceso de Mantenimiento de Horas disponibles: Acciones que permiten, de acuerdo a la normativa y previa



autorización de la jefatura establecida, modificaciones a la agenda original. La modificación de agenda requiere un protocolo definido por la institución que lo respalde y autorice.

3. Subproceso de Agendamiento: Acciones para asignar los cupos disponibles a un usuario definido de acuerdo a criterios de priorización de la demanda.
4. Subproceso de Gestión de Citas: Actividades necesarias para asegurar que el usuario se presente a su atención de salud, como por ejemplo la confirmación telefónica.

Por último, considerando que la mayoría de los establecimientos cuentan con sistemas de agendamiento informatizados, es relevante considerar documento emitido por Tecnologías de Información y Comunicaciones (TIC's) "Conjunto mínimo de datos en Sistema de Agenda", el cual permite trabajar con los datos necesarios a tiempo real para un correcto proceso y trazabilidad de la información relevante para gestionar y tomar decisiones sobre el proceso.

## Definiciones y Terminología

- **Plan de gestión de demanda (APS):** documento elaborado por comuna y establecimiento dependiente que incluya al menos el proceso de agendamiento, creación de agenda, gestión de agenda, responsables de los hitos del proceso, estrategias de mejora y eventual evaluación de estas estrategias.
- **Agenda:** Es la estructura organizativa de las actividades asistenciales programables y ambulatorias, por tipo de atención, en la que se produce la citación de un paciente. Está definida por una carga de actividad y rangos horarios determinados, basado en los rendimientos acordados para dicha actividad. El número de agendas a habilitar en cada establecimiento responde a las características del mismo, definiéndose por especialidad y/o facultativo y/o actividad.
- **Agenda diferenciada (APS):** La agenda de APS profesional cuenta con cupos diferenciados de atenciones, que da cuenta del proceso programático y otorga acceso a la población a la cartera de prestaciones.
- **Agendamiento escalonado APS (por hora específica):** Esto significa dación de horas escalonadas dentro del día, en donde el usuario o usuaria es atendido(a) en la hora específica de citación. Es decir, citaciones de acuerdo a rendimientos, ejemplo: 8:00, 8:15, 8:30 horas, etc.
- **Gestor de Agenda:** Profesional responsable de ejecutar las solicitudes (creación o modificación(es) de agenda(s), gestión de bloqueos y reasignaciones) en el sistema de agenda designado por la institución. Para realizar lo anterior, debe mantener coordinación directa con los Jefes de Servicio y/o Profesionales para cumplir con los estándares de agendamiento. Por otra parte, es el encargado de confirmar con las unidades involucradas, aspectos administrativos que permitan una correcta atención (disponibilidad de box acondicionado a la prestación, personal de apoyo, entre otros) de manera previa a la configuración o cambios de agenda.
- **Administración y programación de la agenda:** actividades que permiten poner a disposición la programación de los profesionales a través de un sistema de agenda, definido por el establecimiento, según disponibilidad previa de los siguientes recursos: personal de apoyo, disponibilidad de box acondicionado a la prestación, equipamiento necesario y horas contratadas del profesional.
- **Mantención de horas disponibles:** proceso administrativo, que permite a través del responsable del proceso de agendamiento, realizar cambios a las horas disponibles para el agendamiento.
- **Agendamiento:** proceso a través del cual se asigna una citación de acuerdo a la oferta de horas de los profesionales y la priorización de las solicitudes. Lo anterior incluye contactar previamente al paciente y



- entregar indicaciones, si corresponde, para que ésta se lleve a cabo.
- **Apertura de agenda:** corresponde a la acción de abrir una agenda en un periodo determinado, de acuerdo a lo programado y definido por el establecimiento.
  - **Gestión de citas:** Actividades que tienen por objetivo disminuir los pacientes que no se presentan a su atención de salud, asegurando el acceso y oportunidad. De esta manera se contribuirá a realizar una gestión eficiente de la lista de espera junto a sus recursos existentes y también mejorar la satisfacción usuaria.
  - **Consulta nueva de especialidad:** Es la primera atención generada por un episodio de una enfermedad, mediante la que se puede o no dar resolución a un problema de salud. Cada primera atención generada por una interconsulta es una consulta nueva por la especialidad que realiza la atención, independiente que el paciente haya sido atendido en otra ocasión en la especialidad.
  - **Consulta nueva de especialidad odontológica:** Corresponde a la primera atención del paciente derivado a consulta de especialidad, generada por un episodio de enfermedad, en la cual el especialista evaluará el ingreso a tratamiento según la pertinencia, de acuerdo a los criterios de referencia previamente definidos. Se considerará consulta nueva, toda primera consulta gestionada a través de interconsulta, independiente que el paciente haya sido atendido en otra ocasión en la especialidad.
  - **Control de especialidad odontológica:** Corresponde a las atenciones posteriores a la primera consulta, que requiere cada paciente para dar solución al problema de salud por el cual fue derivado, cuyo objetivo es completar el estudio, tratamiento y/o seguimiento. Se registra tantas veces como sesiones requiera el paciente para resolver de manera integral su problema de salud.
  - **Consulta inasistente o NSP:** Corresponde registrar, toda vez que el paciente no concurre a la consulta de especialidad, existiendo una citación previa. Se deben registrar las consultas nuevas y controles a las cuales el paciente No Se Presentó (NSP), independiente si fueron llenados los cupos por otros pacientes.
  - **Procedimiento:** Corresponden a acciones de salud, identificadas por prestaciones unitarias o grupos de prestaciones, que se otorgan a un paciente para efectos diagnósticos o terapéuticos, pudiendo ser realizados en atención cerrada y/o ambulatoria, según el tipo de paciente, requerimiento de equipamientos e insumos y del lugar en el cual se deba realizar.
  - **Rendimiento:** Se define rendimiento como el número de actividades (consultas, actividades u otro) a realizar por hora cronológica. El rendimiento es variable y particular para cada tipo de actividad, tipo de profesional y especialidad.
  - **Administración y programación de la agenda:** actividades que permiten poner a disposición la programación de los profesionales a través de un sistema de agenda, definido por el establecimiento, según disponibilidad previa de los siguientes recursos: personal de apoyo, disponibilidad de box acondicionado a la prestación, equipamiento necesario y horas contratadas del profesional.

## Nombre del Indicador

- **3.1** Porcentaje de cumplimiento de los requisitos mínimos de agenda en establecimientos de Atención Primaria y coordinación agenda-proceso programático en el periodo.
- **3.2** Porcentaje de cumplimiento de los subprocesos para la gestión de agenda de consultas de atención odontológica ambulatoria en establecimientos de mediana y alta complejidad.
- **3.3** Porcentaje de consultas nuevas de especialidad médica en atención secundaria en el periodo.
- **3.4** Porcentaje de inasistencias o consultas “No Se Presenta” (NSP), en consultas de especialidad médica en atención secundaria.



## Meta Nacional Año 2021

- Lograr un proceso de agendamiento en APS estructurado que responda a la demanda de la población y que se adapte al contexto sanitario, con implementación de requisitos mínimos de agenda.
- Aumentar o mantener un **32,0%** de consultas nuevas de especialidad médica en atención secundaria.
- Disminuir o mantener porcentaje de usuarios que no se presentan a la consulta médica de especialidad para alcanzar un porcentaje menor o igual a **15,0%**, y los Servicios de Salud que están por sobre la meta, deberán reducir en un **10,0%**. Para las consultas de especialidades odontológicas, en aquellos Servicios de Salud, cuyo porcentaje de inasistencias esté por debajo de la línea base nacional, mantener o disminuir dicho porcentaje, y en aquellos Servicios de Salud, cuyo porcentaje de inasistencias esté por sobre la línea base nacional, disminuir el **50,00%** de la brecha.
- Reflejar en la agenda el **100,0%** de las consultas nuevas de especialidades odontológicas programadas.

## Metodología de Evaluación

Indicador	Ponderación por Corte
3.1 Porcentaje de cumplimiento de los requisitos mínimos de agenda en establecimientos de Atención Primaria y coordinación agenda-proceso programático en el periodo.	<b>1,0%</b>
3.2 Porcentaje de cumplimiento de los subprocesos para la gestión de agenda de consultas de atención odontológica ambulatoria en establecimientos de mediana y alta complejidad.	<b>1,0%</b>
3.3 Porcentaje de consultas nuevas de especialidad médica en atención secundaria en el periodo.	<b>1,0%</b>
3.4 Porcentaje de inasistencias o consultas "No Se Presenta" (NSP), en consultas de especialidad médica en atención secundaria.	<b>1,0%</b>

## Ficha General Indicador

Nombre del Indicador	<b>3.1 Porcentaje de cumplimiento de los requisitos mínimos de agenda en establecimientos de Atención Primaria y coordinación agenda-proceso programático en el periodo.</b>
Fórmula de Cálculo	(Comuna y establecimiento APS dependiente con coordinación agenda-proceso programático al corte / Total comunas y establecimientos APS dependientes SS) x 100. (Comuna y establecimiento APS dependiente con implementación de requisitos mínimos de agenda al corte / Total comunas y establecimientos APS dependientes SS) x 100.
Fuente de Datos	Informe de Servicio de Salud. Registro Clínico Electrónico de cada comuna.

## Metas y Ponderaciones por Corte

	I Corte	25% de la evaluación anual
Número Acción	<b>1</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Contar con Plan de gestión de demanda actualizado 2021 en APS por cada comuna y establecimientos APS dependientes de Servicios de Salud.	
Medios de Verificación	i. Documento de Plan de gestión de demanda con tópicos mínimos por cada comuna y establecimiento APS dependiente de Servicio de Salud (comunas con CESFAM y CECOSF).	
Fórmula de Cálculo:	(Número de planes de gestión de demanda realizadas en el periodo t / Número de planes de gestión de demanda comprometidas en el periodo t) x 100.	



	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
Cálculo del Cumplimiento:	$X = 100,0\%$	<b>100,0%</b>
	$X < 100,0\%$	<b>Según cumplimiento</b>
Ponderación al Corte de la Acción	70,0%	
Número Acción	<b>2</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Cumplimiento de <b>50,0%</b> de comunas y establecimientos dependientes SS con Agenda escalonada y ofertada a la población por hora específica de atención (o mantener línea base si es superior).	
Medios de Verificación	i. Planilla de reporte de Servicio de Salud con requisitos mínimos de agenda de cada comuna y establecimiento dependiente (comunas con CESFAM y CECOSF). ii. Informe de SS conteniendo: supervisión a establecimientos y/o comunas, en donde se evidencie que usuario es citado en hora específica de atención (supervisión opcional de acuerdo a contexto sanitario).	
Fórmula de Cálculo:	(Número de comunas y establecimientos dependientes SS con Agenda escalonada y ofertada a la población por hora específica de atención en el periodo t / Número de comunas y establecimientos dependientes SS con Agenda escalonada y ofertada a la población por hora específica de atención comprometidos en el periodo t) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	$X \geq 50,0\%$	<b>100,0%</b>
	$40,0\% \leq X < 50,0\%$	<b>75,0%</b>
	$30,0\% \leq X < 40,0\%$	<b>50,0%</b>
	$20,0\% \leq X < 30,0\%$	<b>25,0%</b>
	$X < 20,0\%$	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	10,0%	
Número Acción	<b>3</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Cumplimiento de <b>75,0%</b> de comunas y establecimientos dependientes con Apertura de Agenda entre 2 meses a 6 meses (o mantener línea base si es superior).	
Medios de Verificación	i. Planilla de reporte de Servicio de Salud con requisitos mínimos de agenda de cada comuna y establecimiento dependiente SS (comunas con CESFAM y CECOSF). ii. Informe de SS conteniendo: captura de pantalla en relación a apertura de agenda de controles.	
Fórmula de Cálculo:	(Número de comunas y establecimientos dependientes SS con Apertura de Agenda entre 2 meses a 6 meses en el periodo t / Número de comunas y establecimientos dependientes con Apertura de Agenda entre 2 meses a 6 meses comprometidos en el periodo t) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	$X \geq 75,0\%$	<b>100,0%</b>
	$60,0\% \leq X < 75,0\%$	<b>75,0%</b>
	$45,0\% \leq X < 60,0\%$	<b>50,0%</b>
	$30,0\% \leq X < 45,0\%$	<b>25,0%</b>
	$X < 30,0\%$	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	10,0%	
Número Acción	<b>4</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Contar con Planilla "definición de actividades posibles de agendar" desde planilla de programación operativa APS	
Medios de Verificación	i. Planilla "definición de actividades posibles de agendar".	
Fórmula de Cálculo:	(Número de planillas "definición de actividades posibles de agendar" realizadas por comunas y establecimientos dependientes en el periodo t / Número de planillas "definición de actividades posibles de agendar" comprometidas por comunas y establecimientos dependientes en el periodo t) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	$X = 100,0\%$	<b>100,0%</b>



	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>Según cumplimiento</b>
Ponderación al Corte de la Acción	10,0%	

<b>II Corte</b>		<b>25% de la evaluación anual</b>
Número Acción	<b>5</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Cumplimiento de <b>75,0%</b> de comunas y establecimientos dependientes SS con Agenda escalonada y ofertada a la población por hora específica de atención (o mantener línea base si es superior).	
Medios de Verificación	i. Planilla de reporte de Servicio de Salud con requisitos mínimos de agenda de cada comuna y establecimiento dependiente (comunas con CESFAM y CECOSF). ii. Informe de SS conteniendo: supervisión a establecimientos y/o comunas, en donde se evidencie que usuario es citado en hora específica de atención (supervisión opcional de acuerdo a contexto sanitario).	
Fórmula de Cálculo:	(Número de comunas y establecimientos dependientes SS con Agenda escalonada y ofertada a la población por hora específica de atención en el periodo t / Número de comunas y establecimientos dependientes SS con Agenda escalonada y ofertada a la población por hora específica de atención comprometidos en el periodo t) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 75,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>60,0% ≤ X &lt; 75,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>45,0% ≤ X &lt; 60,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>30,0% ≤ X &lt; 45,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 30,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	60,0%	
Número Acción	<b>6</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Cumplimiento de <b>80,0%</b> de comunas y establecimientos dependientes con Apertura de Agenda entre 2 meses a 6 meses (o mantener línea base si es superior).	
Medios de Verificación	i. Planilla de reporte de Servicio de Salud con requisitos mínimos de agenda de cada comuna y establecimiento dependiente SS (comunas con CESFAM y CECOSF). ii. Informe de SS conteniendo: captura de pantalla en relación a apertura de agenda de controles.	
Fórmula de Cálculo:	(Número de comunas y establecimientos dependientes SS con Apertura de Agenda entre 2 meses a 6 meses en el periodo t / Número de comunas y establecimientos dependientes con Apertura de Agenda entre 2 meses a 6 meses comprometidos en el periodo t) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 80,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>65,0% ≤ X &lt; 80,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>50,0% ≤ X &lt; 65,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>35,0% ≤ X &lt; 50,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 35,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	20,0%	
Número Acción	<b>7</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Cumplimiento de coordinación agenda-proceso programático en un CESFAM por comuna aplicado a un estamento.	
Medios de Verificación	i. Planilla de cálculo para establecer cupos de agenda en relación con "actividades programadas posibles de agendar". ii. Captura de pantalla de un profesional del estamento seleccionado para realizar coordinación agenda-programación.	
Fórmula de Cálculo:	(Número de comunas con al menos un CESFAM con coordinación agenda-proceso programático aplicado a un estamento en el periodo t / Número de comunas comprometidas con al menos un CESFAM con coordinación agenda-proceso programático aplicado a un estamento en el periodo	



t) x 100.

Cálculo del Cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	$X = 100,0\%$	<b>100,0%</b>
	$80,0\% \leq X < 100,0\%$	<b>75,0%</b>
	$60,0\% \leq X < 80,0\%$	<b>50,0%</b>
	$40,0\% \leq X < 60,0\%$	<b>25,0%</b>
	$X < 40,0\%$	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	20,0%	

III Corte		25% de la evaluación anual
Número Acción	<b>8</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Cumplimiento de <b>90,0%</b> de comunas y establecimientos dependientes SS con Agenda escalonada y ofertada a la población por hora específica de atención (o mantener línea base si es superior).	
Medios de Verificación	i. Planilla de reporte de Servicio de Salud con requisitos mínimos de agenda de cada comuna y establecimiento dependiente (comunas con CESFAM y CECOSF). ii. Informe de SS conteniendo: supervisión a establecimientos y/o comunas, en donde se evidencie que usuario es citado en hora específica de atención (supervisión opcional de acuerdo a contexto sanitario).	
Fórmula de Cálculo:	(Número de comunas y establecimientos dependientes SS con Agenda escalonada y ofertada a la población por hora específica de atención en el periodo t / Número de comunas y establecimientos dependientes SS con Agenda escalonada y ofertada a la población por hora específica de atención comprometidos en el periodo t) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	$X \geq 90,0\%$	<b>100,0%</b>
	$75,0\% \leq X < 90,0\%$	<b>75,0%</b>
	$60,0\% \leq X < 75,0\%$	<b>50,0%</b>
	$45,0\% \leq X < 60,0\%$	<b>25,0%</b>
	$X < 45,0\%$	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	50,0%	
Número Acción	<b>9</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Cumplimiento de <b>90,0%</b> de comunas y establecimientos dependientes con Apertura de Agenda entre 2 meses a 6 meses (o mantener línea base si es superior).	
Medios de Verificación	i. Planilla de reporte de Servicio de Salud con requisitos mínimos de agenda de cada comuna y establecimiento dependiente SS (comunas con CESFAM y CECOSF). ii. Informe de SS conteniendo: captura de pantalla en relación a apertura de agenda de controles.	
Fórmula de Cálculo:	(Número de comunas y establecimientos dependientes SS con Apertura de Agenda entre 2 meses a 6 meses en el periodo t / Número de comunas y establecimientos dependientes con Apertura de Agenda entre 2 meses a 6 meses comprometidos en el periodo t) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	$X \geq 90,0\%$	<b>100,0%</b>
	$75,0\% \leq X < 90,0\%$	<b>75,0%</b>
	$60,0\% \leq X < 75,0\%$	<b>50,0%</b>
	$45,0\% \leq X < 60,0\%$	<b>25,0%</b>
	$X < 45,0\%$	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	30,0%	
Número Acción	<b>10</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Cumplimiento de coordinación agenda-proceso programático en un CESFAM por comuna aplicado a dos estamentos.	
Medios de Verificación	i. Planilla de cálculo para establecer cupos de agenda en relación con "actividades	



	programadas posibles de agendar”.	
	ii. Captura de pantalla de un profesional de cada estamento seleccionado para realizar coordinación agenda-programación.	
Fórmula de Cálculo:	(Número de comunas con al menos un CESFAM con coordinación agenda-proceso programático aplicado al menos a dos estamentos en el periodo t / Número de comunas comprometidas con al menos un CESFAM con coordinación agenda-proceso programático aplicado a al menos dos estamentos en el periodo t) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>80,0% ≤ X &lt; 100,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>60,0% ≤ X &lt; 80,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>40,0% ≤ X &lt; 60,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 40,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	20,0%	

	<b>IV Corte</b>	<b>25% de la evaluación anual</b>
Número Acción	<b>11</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Cumplimiento de <b>100,0%</b> de comunas y establecimientos dependientes SS con Agenda escalonada y ofertada a la población por hora específica de atención (o mantener línea base si es superior).	
Medios de Verificación	i. Planilla de reporte de Servicio de Salud con requisitos mínimos de agenda de cada comuna y establecimiento dependiente (comunas con CESFAM y CECOSF). ii. Informe de SS conteniendo: supervisión a establecimientos y/o comunas, en donde se evidencie que usuario es citado en hora específica de atención (supervisión opcional de acuerdo a contexto sanitario).	
Fórmula de Cálculo:	(Número de comunas y establecimientos dependientes SS con Agenda escalonada y ofertada a la población por hora específica de atención en el periodo t / Número de comunas y establecimientos dependientes SS con Agenda escalonada y ofertada a la población por hora específica de atención comprometidos en el periodo t) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>85,0% ≤ X &lt; 100,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>70,0% ≤ X &lt; 85,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>55,0% ≤ X &lt; 70,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 55,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	50,0%	
Número Acción	<b>12</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Cumplimiento de <b>100,0%</b> de comunas y establecimientos dependientes con Apertura de Agenda entre 2 meses a 6 meses (o mantener línea base si es superior).	
Medios de Verificación	i. Planilla de reporte de Servicio de Salud con requisitos mínimos de agenda de cada comuna y establecimiento dependiente SS (comunas con CESFAM y CECOSF). ii. Informe de SS conteniendo: captura de pantalla en relación a apertura de agenda de controles.	
Fórmula de Cálculo:	(Número de comunas y establecimientos dependientes SS con Apertura de Agenda entre 2 meses a 6 meses en el periodo t / Número de comunas y establecimientos dependientes con Apertura de Agenda entre 2 meses a 6 meses comprometidos en el periodo t) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>85,0% ≤ X &lt; 100,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>70,0% ≤ X &lt; 85,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>55,0% ≤ X &lt; 70,0%</b>	<b>25,0%</b>





	<b>X &lt; 55,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	30,0%	
Número Acción	<b>13</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Cumplimiento de <b>100,0%</b> de comunas (con al menos un CESFAM) y establecimientos dependientes con cálculo de agenda profesional en relación a Programación 2021 en estamento médico, matrona, enfermera y nutricionista.	
Medios de Verificación	i. Planilla de cálculo para establecer cupos de agenda 2022 en relación con "actividades programadas posibles de agendar".	
Fórmula de Cálculo:	((Número de comunas y establecimientos dependientes con cálculo de agenda profesional en relación a Programación 2022 en estamento médico, matrona, enfermera y nutricionista en el periodo t / Número de comunas y establecimientos del Servicio de Salud) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>80,0% ≤ X &lt; 100,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>60,0% ≤ X &lt; 80,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>40,0% ≤ X &lt; 60,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 40,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	20,0%	

## Ficha General Indicador

Nombre del Indicador	<b>3.2 Porcentaje de cumplimiento de los subprocesos para la gestión de agenda de consultas de atención odontológica ambulatoria en establecimientos de mediana y alta complejidad.</b>
Fórmula de Cálculo	(Número de subprocesos ejecutados para la gestión de agenda de consultas de atención odontológica ambulatoria en los establecimientos de mediana y alta complejidad en el periodo / Número total de subprocesos para la gestión de agenda de consultas de atención odontológica ambulatoria en los establecimientos de mediana y alta complejidad) x 100.
Fuente de Datos	REM A09 sección I. Sistemas de Agendas. Carta Gantt por Servicio de Salud con plan de trabajo. Informe cuantitativo y cualitativo por Servicio de Salud con diagnóstico NSP 2021. Planillas de Evaluación que se disponibilizarán previo a cada corte de evaluación.

## Metas y Ponderaciones por Corte

	<b>I Corte</b>	<b>25% de la evaluación anual</b>
Número Acción	<b>1</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	<b>Reflejar en la agenda vigente del período enero- marzo, el 100,0% de las consultas nuevas de especialidades odontológicas programadas para el periodo.</b> El Servicio de Salud debe completar una planilla de evaluación con el: número total de CNE Odontológicas anuales programadas por especialidad y el número total de CNE Odontológicas por especialidad disponibles en el sistema de agenda en el período enero- marzo. Con lo anterior se generará el porcentaje de concordancia entre la programación de profesionales odontólogos y el sistema de agenda. Cabe destacar que se considerará como máximo el 100,0% de concordancia por especialidad en la concordancia global del Servicio de Salud.	
Medios de Verificación	i. Planilla en formato ad hoc, que se enviará previo a cada corte de evaluación.	
Fórmula de Cálculo:	(Número total de consultas nuevas de especialidades odontológicas agendadas en el periodo t / Número total de consultas nuevas de especialidades odontológicas programadas en el periodo t) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 100,0%</b>	<b>100,0%</b>



	$90,0\% \leq X < 100,0\%$	<b>75,0%</b>
	$80,0\% \leq X < 90,0\%$	<b>50,0%</b>
	$70,0\% \leq X < 80,0\%$	<b>25,0%</b>
	$X < 70,0\%$	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	30,0%	
Número Acción	<b>2</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Establecer un plan de trabajo en donde se defina al menos tres estrategias y sus acciones específicas para disminuir el porcentaje de consultas inasistentes o NSP. Además, incorporar una estrategia relacionada con mejorar el registro de NSP o inasistencia en los REM: El Servicio de Salud debe elaborar y enviar una carta Gantt que consolide la información: objetivo general y las 4 estrategias, señalando sus objetivos, acciones, responsables, verificador, observaciones de la medición y la calendarización de ejecución.	
Medios de Verificación	i. Carta Gantt elaborada por Servicio de Salud.	
Fórmula de Cálculo:	$(\text{Número de acciones realizadas para el periodo } t / \text{Número de acciones comprometidas para el periodo } t) \times 100.$	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	$X = 100,0\%$	<b>100,0%</b>
	$X < 100,0\%$	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	35,0%	
Número Acción	<b>3</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Si el Servicio de Salud presenta un porcentaje de NSP menor o igual a la línea base calculada en el periodo 2020, <b>debe mantenerlo</b> . Si el Servicio de Salud presenta un porcentaje mayor a la línea base calculada en el periodo 2020, deberá disminuir al menos un <b>12,5%</b> de la brecha en relación con el porcentaje NSP obtenido por el Servicio de Salud durante el periodo 2020.	
Medios de Verificación	i. Planilla en formato ad hoc, que se enviará previo a cada corte de evaluación.	
Fórmula de Cálculo:	$[(\text{Porcentaje NSP periodo } t - \text{Porcentaje línea base nacional } 2020) / (\text{Porcentaje NSP } 2020 \text{ Servicio de Salud} - \text{Porcentaje línea base nacional } 2020) \times 100] - 100.$	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido Meta de Mantenimiento</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	$X \leq \text{Línea Base Nacional } 2020$	<b>100,0%</b>
	$X > \text{Línea Base Nacional } 2020$	<b>0,0%</b>
	<b>Resultado Obtenido Meta Disminución de la Brecha</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	$X \geq 12,5\%$	<b>100,0%</b>
	$10,0\% \leq X < 12,5\%$	<b>75,0%</b>
	$7,5\% \leq X < 10,0\%$	<b>50,0%</b>
	$5,0\% \leq X < 7,5\%$	<b>25,0%</b>
	$X < 5,0\%$	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	35,0%	

	<b>II Corte</b>	<b>25% de la evaluación anual</b>
Número Acción	<b>4</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	<b>Reflejar en la agenda vigente del período abril - junio, el 100,0% de las consultas nuevas de especialidades odontológicas programadas para el periodo.</b> El Servicio de Salud debe completar una planilla de evaluación con el: número total de CNE Odontológicas anuales programadas por especialidad y el número total de CNE Odontológicas por especialidad disponibles en el sistema de agenda en el período abril - junio. Con lo anterior se generará el porcentaje de concordancia entre la programación de profesionales odontólogos y el sistema de agenda. Cabe destacar que se considerará como máximo el 100,0% de concordancia por especialidad en la concordancia global del Servicio de Salud.	
Medios de Verificación	i. Planilla en formato ad hoc, que se enviará previo a cada corte de evaluación.	



Fórmula de Cálculo:	(Número total de consultas nuevas de especialidades odontológicas agendadas en el periodo t / Número total de consultas nuevas de especialidades odontológicas programadas en el periodo t) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>90,0% ≤ X &lt; 100,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>80,0% ≤ X &lt; 90,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>70,0% ≤ X &lt; 80,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 70,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	30,0%	
Número Acción	<b>5</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Implementación del <b>50,0%</b> de las estrategias definidas en el plan de acción para disminuir el porcentaje de consultas inasistentes o NSP: El Servicio de Salud debe incorporar en la Carta Gantt previamente elaborada, una columna de observaciones donde describa el cumplimiento de cada acción.	
Medios de Verificación	i. Carta Gantt elaborada por Servicio de Salud.	
Fórmula de Cálculo:	(Número de estrategias implementadas para la gestión de consultas inasistentes en el periodo t / Número de estrategias comprometidas de implementar para la gestión de consultas inasistentes en el periodo t) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 50,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>25,0% ≤ X &lt; 50,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>X &lt; 25,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	35,0%	
Número Acción	<b>6</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Si el Servicio de Salud presenta un porcentaje de NSP menor o igual a la línea base calculada en el periodo 2020, <b>debe mantenerlo</b> . Si el Servicio de Salud presenta un porcentaje mayor a la línea base calculada en el periodo 2020, deberá disminuir al menos un <b>25,00%</b> de la brecha en relación con el porcentaje NSP obtenido por el Servicio de Salud durante el periodo 2020.	
Medios de Verificación	i. Planilla en formato ad hoc, que se enviará previo a cada corte de evaluación.	
Fórmula de Cálculo:	[(Porcentaje NSP periodo t - Porcentaje línea base nacional 2020) / (Porcentaje NSP 2020 Servicio de Salud - Porcentaje línea base nacional 2020) x 100] - 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido Meta de Mantención</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≤ Línea Base Nacional 2020</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &gt; Línea Base Nacional 2020</b>	<b>0,0%</b>
	<b>Resultado Obtenido Meta Disminución de la Brecha</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 25,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>20,0% ≤ X &lt; 25,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>15,0% ≤ X &lt; 20,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>10,0% ≤ X &lt; 15,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 10,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	35,0%	
<b>III Corte</b>		<b>25% de la evaluación anual</b>
Número Acción	<b>7</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	<b>Reflejar en la agenda vigente del período julio - septiembre, el 100,0% de las consultas nuevas de especialidades odontológicas programadas para el periodo.</b> El Servicio de Salud debe completar una planilla de evaluación con el: número total de CNE Odontológicas anuales programadas por especialidad y el número total de CNE Odontológicas	



	<p>por especialidad disponibles en el sistema de agenda en el período julio - septiembre. Con lo anterior se generará el porcentaje de concordancia entre la programación de profesionales odontólogos y el sistema de agenda. Cabe destacar que se considerará como máximo el 100,0% de concordancia por especialidad en la concordancia global del Servicio de Salud.</p>	
Medios de Verificación	i. Planilla en formato ad hoc, que se enviará previo a cada corte de evaluación.	
Fórmula de Cálculo:	$\frac{\text{Número total de consultas nuevas de especialidades odontológicas agendadas en el periodo } t}{\text{Número total de consultas nuevas de especialidades odontológicas programadas en el periodo } t} \times 100.$	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>90,0% ≤ X &lt; 100,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>80,0% ≤ X &lt; 90,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>70,0% ≤ X &lt; 80,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 70,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	30,0%	
Número Acción	8	
Acciones y/o Metas Específicas	<p>Implementación del <b>100,0%</b> de las estrategias definidas en el plan de acción para disminuir el porcentaje de consultas inasistentes o NSP: El Servicio de Salud debe incorporar en la Carta Gantt previamente elaborada, una columna de observaciones donde describa el cumplimiento de cada acción.</p>	
Medios de Verificación	i. Carta Gantt elaborada por Servicio de Salud.	
Fórmula de Cálculo:	$\frac{\text{Número de estrategias implementadas para la gestión de consultas inasistentes en el periodo } t}{\text{Número de estrategias comprometidas de implementar para la gestión de consultas inasistentes en el periodo } t} \times 100.$	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>50,0% ≤ X &lt; 100,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>X &lt; 50,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	35,0%	
Número Acción	9	
Acciones y/o Metas Específicas	<p>Si el Servicio de Salud presenta un porcentaje de NSP menor o igual a la línea base calculada en el periodo 2020, <b>debe mantenerlo</b>.</p> <p>Si el Servicio de Salud presenta un porcentaje mayor a la línea base calculada en el periodo 2020, deberá disminuir al menos un <b>37,5%</b> de la brecha en relación con el porcentaje NSP obtenido por el Servicio de Salud durante el periodo 2020.</p>	
Medios de Verificación	i. Planilla en formato ad hoc, que se enviará previo a cada corte de evaluación.	
Fórmula de Cálculo:	$\left[ \frac{\text{Porcentaje NSP periodo } t - \text{Porcentaje línea base nacional 2020}}{\text{Porcentaje NSP 2020 Servicio de Salud} - \text{Porcentaje línea base nacional 2020}} \times 100 \right] - 100.$	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido Meta de Mantención</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≤ Línea Base Nacional 2020</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &gt; Línea Base Nacional 2020</b>	<b>0,0%</b>
	<b>Resultado Obtenido Meta Disminución de la Brecha</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 37,5%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>30,0% ≤ X &lt; 37,5%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>22,5% ≤ X &lt; 30,0%</b>	<b>50,0%</b>
<b>15,0% ≤ X &lt; 22,5%</b>	<b>25,0%</b>	
	<b>X &lt; 15,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	35,0%	

<b>IV Corte</b>	<b>25% de la evaluación anual</b>
-----------------	-----------------------------------



Número Acción	<b>10</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	<p><b>Reflejar en la agenda vigente del período octubre - diciembre, el 100,0% de las consultas nuevas de especialidades odontológicas programadas para el periodo.</b></p> <p>El Servicio de Salud debe completar una planilla de evaluación con el: número total de CNE Odontológicas anuales programadas por especialidad y el número total de CNE Odontológicas por especialidad disponibles en el sistema de agenda en el período octubre - diciembre. Con lo anterior se generará el porcentaje de concordancia entre la programación de profesionales odontólogos y el sistema de agenda. Cabe destacar que se considerará como máximo el 100,0% de concordancia por especialidad en la concordancia global del Servicio de Salud.</p>	
Medios de Verificación	i. Planilla en formato ad hoc, que se enviará previo a cada corte de evaluación.	
Fórmula de Cálculo:	$\left( \frac{\text{Número total de consultas nuevas de especialidades odontológicas agendadas en el periodo } t}{\text{Número total de consultas nuevas de especialidades odontológicas programadas en el periodo } t} \right) \times 100.$	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>90,0% ≤ X &lt; 100,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>80,0% ≤ X &lt; 90,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>70,0% ≤ X &lt; 80,0%</b>	<b>25,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	30,0%	
Número Acción	<b>11</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	<p><b>Realizar diagnóstico periodo 2021 del NSP: El Servicio de Salud debe elaborar informe en formato Word con:</b></p> <p>a. presentación de tablas y respectivo análisis del estado de NSP por establecimiento (mediana y alta complejidad), especialidad, edad, sexo, establecimiento de origen, grupos diagnósticos y tipo de tratamientos comparando resultados con año 2020,</p> <p>b. establecer las situaciones más frecuentes por las que los/las pacientes No Se Presentaron a sus citas, agrupándolos por causas relacionadas con el/la paciente, el Servicio Dental y las Unidades de Gestión de la Demanda y Gestión de Agenda,</p> <p>c. objetivos de la disminución de NSP para el Establecimiento y para Red periodo 2022.</p> <p>d. Indicar cuáles fueron las estrategias de reducción de NSP que se abordaron durante el año 2021 y la respectiva evaluación, por establecimiento.</p> <p>e. Indicar cuales fueron las acciones ejecutadas relacionadas con las mejoras en el registro de NSP en los REM.</p>	
Medios de Verificación	i. Informe Word con análisis cuantitativo y cualitativo por Servicio de Salud.	
Fórmula de Cálculo:	$\left( \frac{\text{Número de acciones realizadas para el periodo } t}{\text{Número de acciones comprometidas para el periodo } t} \right) \times 100.$	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	35,0%	
Número Acción	<b>12</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	<p>Si el Servicio de Salud presenta un porcentaje de NSP menor o igual a la línea base calculada en el periodo 2020, <b>debe mantenerlo.</b></p> <p>Si el Servicio de Salud presenta un porcentaje mayor a la línea base calculada en el periodo 2020, deberá disminuir al menos un <b>50,0%</b> de la brecha en relación con el porcentaje NSP obtenido por el Servicio de Salud durante el periodo 2020.</p>	
Medios de Verificación	i. Planilla en formato ad hoc, que se enviará previo a cada corte de evaluación.	
Fórmula de Cálculo:	$\left[ \frac{\text{Porcentaje NSP periodo } t - \text{Porcentaje línea base nacional 2020}}{\text{Porcentaje NSP 2020 Servicio de Salud} - \text{Porcentaje línea base nacional 2020}} \times 100 \right] - 100.$	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido Meta de Mantención</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≤ Línea Base Nacional 2020</b>	<b>100,0%</b>



	<b>X &gt; Línea Base Nacional 2020</b>	<b>0,0%</b>
	<b>Resultado Obtenido Meta Disminución de la Brecha</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 50,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>40,0% ≤ X &lt; 50,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>30,0% ≤ X &lt; 40,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>20,0% ≤ X &lt; 30,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 20,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	35,0%	

### Ficha General Indicador

Nombre del Indicador	<b>3.3 Porcentaje de consultas nuevas de especialidad médica en atención secundaria.</b>
Fórmula de Cálculo	(Número de consultas nuevas de especialidad médica realizadas en el periodo / Número total de consultas de especialidad médica realizadas en el periodo) x 100.
Fuente de Datos	REM A07 + REM A32

### Metas y Ponderaciones por Corte

	<b>I Corte</b>	<b>20% de la evaluación anual</b>
Número Acción	<b>1</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Si el Servicio de Salud presentó un porcentaje mayor o igual a un 32,0% a diciembre de 2020 de consultas nuevas de especialidades médicas, <b>debe mantenerlo o aumentarlo</b> . Si el Servicio de Salud presentó un porcentaje menor a un 32,0% a diciembre de 2020 de consultas nuevas de especialidades médicas, <b>deberá aumentar un 10,0% de la brecha observada en su línea base a diciembre de 2020</b> .	
Medios de Verificación	i. REM A07 + REM A32	
Fórmula de Cálculo:	<p><b>Meta de mantención:</b> (Número de consultas nuevas de médicos especialistas realizadas en el periodo de evaluación / Total de consultas de médicos especialistas realizadas en el mismo periodo de evaluación) x 100.</p> <p><b>Meta de disminución de la brecha:</b> [(Porcentaje CNE línea base - Porcentaje CNE periodo t) / (Porcentaje CNE línea base - 32,0%)] x 100.</p>	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido Meta de Mantención</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 32,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>30,0% ≤ X &lt; 32,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>X &lt; 30,0%</b>	<b>0,0%</b>
	<b>Resultado Obtenido Meta Disminución de la Brecha</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 10,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>9,0% ≤ X &lt; 10,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>8,0% ≤ X &lt; 9,0%</b>	<b>50,0%</b>
<b>7,0% ≤ X &lt; 8,0%</b>	<b>25,0%</b>	
<b>X &lt; 7,0%</b>	<b>0,0%</b>	
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

	<b>II Corte</b>	<b>20% de la evaluación anual</b>
Número Acción	<b>2</b>	



Acciones y/o Metas Específicas	Si el Servicio de Salud presentó un porcentaje mayor o igual a un 32,0% a diciembre de 2020 de consultas nuevas de especialidades médicas, <b>debe mantenerlo o aumentarlo</b> . Si el Servicio de Salud presentó un porcentaje menor a un 32,0% a diciembre de 2020 de consultas nuevas de especialidades médicas, <b>deberá aumentar un 40,0% de la brecha observada en su línea base a diciembre de 2020</b> .	
Medios de Verificación	i. REM A07 + REM A32	
Fórmula de Cálculo:	<p align="center"><b>Meta de mantención:</b></p> <p align="center">(Número de consultas nuevas de médicos especialistas realizadas en el periodo de evaluación / Total de consultas de médicos especialistas realizadas en el mismo periodo de evaluación) x 100.</p> <p align="center"><b>Meta de disminución de la brecha:</b></p> <p align="center">[(Porcentaje CNE línea base - Porcentaje CNE periodo t) / (Porcentaje CNE línea base - 32,0%)] x 100.</p>	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido Meta de Mantención</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 32,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>30,0% ≤ X &lt; 32,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>X &lt; 30,0%</b>	<b>0,0%</b>
	<b>Resultado Obtenido Meta Disminución de la Brecha</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 40,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>30,0% ≤ X &lt; 40,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>20,0% ≤ X &lt; 30,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>10,0% ≤ X &lt; 20,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 10,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

	<b>III Corte</b>	<b>30% de la evaluación anual</b>
Número Acción	3	
Acciones y/o Metas Específicas	Si el Servicio de Salud presentó un porcentaje mayor o igual a un 32,0% a diciembre de 2020 de consultas nuevas de especialidades médicas, <b>debe mantenerlo o aumentarlo</b> . Si el Servicio de Salud presentó un porcentaje menor a un 32,0% a diciembre de 2020 de consultas nuevas de especialidades médicas, <b>deberá aumentar un 70,0% de la brecha observada en su línea base a diciembre de 2020</b> .	
Medios de Verificación	i. REM A07 + REM A32	
Fórmula de Cálculo:	<p align="center"><b>Meta de mantención:</b></p> <p align="center">(Número de consultas nuevas de médicos especialistas realizadas en el periodo de evaluación / Total de consultas de médicos especialistas realizadas en el mismo periodo de evaluación) x 100.</p> <p align="center"><b>Meta de disminución de la brecha:</b></p> <p align="center">[(Porcentaje CNE línea base - Porcentaje CNE periodo t) / (Porcentaje CNE línea base - 32,0%)] x 100.</p>	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido Meta de Mantención</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 32,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>30,0% ≤ X &lt; 32,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>X &lt; 30,0%</b>	<b>0,0%</b>
	<b>Resultado Obtenido Meta Disminución de la Brecha</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 70,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>60,0% ≤ X &lt; 70,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>50,0% ≤ X &lt; 60,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>40,0% ≤ X &lt; 50,0%</b>	<b>25,0%</b>



	<b>X &lt; 40,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

	<b>IV Corte</b>	<b>30% de la evaluación anual</b>
Número Acción	<b>4</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Si el Servicio de Salud presentó un porcentaje mayor o igual a un 32,0% a diciembre de 2020 de consultas nuevas de especialidades médicas, <b>debe mantenerlo o aumentarlo</b> . Si el Servicio de Salud presentó un porcentaje menor a un 32,0% a diciembre de 2020 de consultas nuevas de especialidades médicas, <b>deberá aumentar un 100,0% de la brecha observada en su línea base a diciembre de 2020</b> .	
Medios de Verificación	i. REM A07 + REM A32	
Fórmula de Cálculo:	<p><b>Meta de mantención:</b> (Número de consultas nuevas de médicos especialistas realizadas en el periodo de evaluación / Total de consultas de médicos especialistas realizadas en el mismo periodo de evaluación) x 100.</p> <p><b>Meta de disminución de la brecha:</b> [(Porcentaje CNE línea base - Porcentaje CNE periodo t) / (Porcentaje CNE línea base - 32,0%)] x 100.</p>	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido Meta de Mantención</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 32,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>30,0% ≤ X &lt; 32,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>X &lt; 30,0%</b>	<b>0,0%</b>
	<b>Resultado Obtenido Meta Disminución de la Brecha</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>90,0% ≤ X &lt; 100,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>80,0% ≤ X &lt; 90,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>70,0% ≤ X &lt; 80,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 70,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

### Notas del Indicador

1. Este indicador evalúa establecimientos de alta y mediana complejidad, excluyendo institutos, establecimientos DFL-36 y COSAM.

### Ficha General Indicador

Nombre del Indicador	<b>3.4 Porcentaje de inasistencias o consultas "No Se Presenta" (NSP), en consultas de especialidad médica en atención secundaria.</b>
Fórmula de Cálculo	[Número total de inasistencias o consultas NSP en consultas de especialidad médica agendadas en atención secundaria en el periodo de evaluación / (Número total de consultas de especialidad médica realizadas + número total de inasistencias o consultas NSP en consultas de especialidad agendadas en atención secundaria en el periodo de evaluación)] x 100.
Fuente de Datos	REM A07 + REM A32

### Metas y Ponderaciones por Corte





I Corte		20% de la evaluación anual
Número Acción	1	
Acciones y/o Metas Específicas	Alcanzar un porcentaje de inasistencias o consultas NSP en consultas agendadas con profesionales médicos de atención secundaria menor o igual a un <b>14,0%</b> .	
Medios de Verificación	i. REM A07 + REM A32	
Fórmula de Cálculo:	[Número total de inasistencias o consultas NSP en consultas de especialidad médica agendadas en atención secundaria en el periodo de evaluación / (Número total de consultas de especialidad médica realizadas + número total de inasistencias o consultas NSP en consultas de especialidad agendadas en atención secundaria en el periodo de evaluación)] x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≤ 14,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>14,0% &gt; X ≤ 15,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>15,0% &gt; X ≤ 16,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>16,0% &gt; X ≤ 17,0%</b>	<b>25,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

II Corte		25% de la evaluación anual
Número Acción	2	
Acciones y/o Metas Específicas	Alcanzar un porcentaje de inasistencias o consultas NSP en consultas agendadas con profesionales médicos de atención secundaria menor o igual a un <b>14,0%</b> .	
Medios de Verificación	i. REM A07 + REM A32	
Fórmula de Cálculo:	[Número total de inasistencias o consultas NSP en consultas de especialidad médica agendadas en atención secundaria en el periodo de evaluación / (Número total de consultas de especialidad médica realizadas + número total de inasistencias o consultas NSP en consultas de especialidad agendadas en atención secundaria en el periodo de evaluación)] x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≤ 14,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>14,0% &gt; X ≤ 15,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>15,0% &gt; X ≤ 16,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>16,0% &gt; X ≤ 17,0%</b>	<b>25,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

III Corte		25% de la evaluación anual
Número Acción	3	
Acciones y/o Metas Específicas	Alcanzar un porcentaje de inasistencias o consultas NSP en consultas agendadas con profesionales médicos de atención secundaria menor o igual a un <b>14,0%</b> .	
Medios de Verificación	i. REM A07 + REM A32	
Fórmula de Cálculo:	[Número total de inasistencias o consultas NSP en consultas de especialidad médica agendadas en atención secundaria en el periodo de evaluación / (Número total de consultas de especialidad médica realizadas + número total de inasistencias o consultas NSP en consultas de especialidad agendadas en atención secundaria en el periodo de evaluación)] x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≤ 14,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>14,0% &gt; X ≤ 15,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>15,0% &gt; X ≤ 16,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>16,0% &gt; X ≤ 17,0%</b>	<b>25,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	



IV Corte		30% de la evaluación anual
Número Acción	4	
Acciones y/o Metas Específicas	Alcanzar un porcentaje de inasistencias o consultas NSP en consultas agendadas con profesionales médicos de atención secundaria menor o igual a un <b>14,0%</b> .	
Medios de Verificación	i. REM A07 + REM A32	
Fórmula de Cálculo:	[Número total de inasistencias o consultas NSP en consultas de especialidad médica agendadas en atención secundaria en el periodo de evaluación / (Número total de consultas de especialidad médica realizadas + número total de inasistencias o consultas NSP en consultas de especialidad agendadas en atención secundaria en el periodo de evaluación)] x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≤ 14,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>14,0% &gt; X ≤ 15,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>15,0% &gt; X ≤ 16,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>16,0% &gt; X ≤ 17,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &gt; 17,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

### Notas del Indicador:

1. Este indicador evalúa establecimientos de alta y mediana complejidad, correspondiente a niveles de atención secundaria y terciaria, excluyendo institutos, establecimientos DFL-36 y COSAM.

### Anexos

#### Anexo N°1: “Indicador 3.1 Porcentaje de cumplimiento de los requisitos mínimos de agenda en establecimientos de Atención Primaria y coordinación agenda-proceso programático”.

Para el año 2021 cada Servicio de Salud debe reportar el proceso de agendamiento a través de un plan de gestión de la demanda (en el primer corte) y cumplimiento de requisitos mínimos de agenda de APS, por cada Comuna (Entidad Administradora Municipal) y cada establecimiento dependiente de Servicios de Salud que realice actividades de APS.

Resulta necesario precisar que los requisitos mínimos de Agenda APS, se establecieron sobre la base de un instrumento aplicado el año 2018 “Encuesta Gestión de Demanda” respondida por el 84% de todos los CESFAM, CECOSF y Hospitales Comunitarios de la red asistencial en donde se evidenciaron las brechas existentes en relación a agenda y otros elementos de la gestión.

A continuación, se mencionan consideraciones respecto a algunos medios de verificación de los distintos cortes:  
Para el corte de marzo:

- Documento de Plan de gestión de demanda por cada comuna y establecimiento dependiente SS (comunidades con CESFAM y CECOSF). Se espera que el documento sea elaborado por comuna y establecimiento dependiente SS que incluya al menos los siguientes tópicos mínimos: el proceso de agendamiento (flujograma del usuario, hora de dación de horas, etc.), creación de agenda, gestión de agenda, responsables



de los hitos del proceso, estrategias de mejora y eventual evaluación de estas estrategias.

- Planilla de reporte de Servicio de Salud con requisitos mínimos de agenda de cada comuna y establecimiento dependiente (comunidades con CESFAM y CECOSF). La planilla de Requisitos mínimos de agenda será llenada por cada servicio de salud de acuerdo con el reporte de comunas y establecimientos dependientes.

Cuadro N°1: Planilla de Requisitos mínimos de agenda.

Comunas y Establecimiento Dependiente	Agenda escalonada y ofertada a la población por hora específica de atención	Corte Marzo						Cumple dicotómico 0 o 100
		Esperado	Cumple Sí: 1 No: 0	Apertura o Disponibilización de Agenda > 2 meses a 6 meses	Esperado	Cumple Sí: 1 No: 0	Cumplimiento de Coordinación agenda-proceso programático en un CESFAM por comuna aplicado a un estamento	
Establecimiento 1	si	1	1	si	1	1		
Establecimiento 2	no	1	0	no	1	1		
Establecimiento 3	si	1	1	si	1	1		
Total Comuna 1		3	2		3	3	100	100
Porcentaje Comuna 1		100	66,7		100	100,0	100	100,0

Se espera que los datos presentados en planilla sean generados a partir de supervisiones a las comunas y/o establecimientos, sin embargo, también se aceptará autoreporte de los centros.

- Informe de SS conteniendo: supervisión a establecimientos y/o comunas, en donde se evidencie que usuario es citado en hora específica de atención (es opcional de acuerdo al contexto sanitario).
- Informe de SS conteniendo: captura de pantalla en relación a apertura de agenda de controles. La captura de pantalla es sólo para la acción correspondiente a apertura de agenda y se acepta que se presenten datos de al menos un profesional por estamento, como información centinela.
- Planilla "definición de actividades posibles de agendar". Se enviará un formato para el primer corte en donde los referentes de SS deberán registrar las actividades programadas que son posibles de agendar, es decir, prestaciones que serán factible de agendar si el usuario solicita atención en SOME u otro dispositivo de agendamiento del establecimiento. Para esta acción, se requiere que el referente de SS mantenga coordinación con el referente de COMGES Programación en APS de su Servicio de Salud. Cada establecimiento deberá extraer de su programación operativa APS las prestaciones a agendar. De acuerdo a Orientaciones para la Planificación y Programación en Red 2021, que considera el Control integral de personas con condiciones crónicas, si el establecimiento implementa esta prestación, se solicita que quede consignada en la planilla como actividad posible de agendar.

Para el corte de junio:

- Planilla de cálculo para establecer cupos de agenda en relación con "actividades programadas posibles de agendar". Se enviará planilla de cálculo a los referentes de SS en donde los establecimientos deben introducir datos de actividades programadas que son susceptibles de agendar, a las que se le calculará el peso relativo y determinará los cupos en agenda. En este corte el cumplimiento de Coordinación agenda-proceso programático se solicitará en un CESFAM por comuna aplicado a un estamento.
- Captura de pantalla de la agenda de un profesional del estamento seleccionado para realizar coordinación agenda-programación. En este caso se solicita una captura como verificador para el corte, aun cuando se espera que en la supervisión realizada por el SS al establecimiento se muestre el avance de todo el estamento (supervisión opcional de acuerdo a contexto sanitario).



Para el corte de septiembre:

- Planilla de cálculo para establecer cupos de agenda en relación con “actividades programadas posibles de agendar”. En este corte se solicitará ampliar el cumplimiento de Coordinación agenda-proceso programático a dos estamentos de un CESFAM por comuna (50% cada estamento).

Para el corte de diciembre:

- Planilla de cálculo para establecer cupos de agenda 2022 en relación con “actividades programadas posibles de agendar”. Se espera que en este corte se cuente con la Coordinación Agenda-Proceso Programático en el estamento médico, matrona, enfermera y nutricionista. Para ello es necesario que el referente de COMGES Agendamiento cuente con la información de la Programación operativa 2022 y solicite a los establecimientos definir las actividades programadas posibles de agendar, como insumo necesario en el cálculo de cupos de agenda. Se considerará 25% por cada estamento que cuente con proceso, total 100%.

Se espera que exista una planilla por estamento en al menos un CESFAM por comuna. Si el equipo de salud desea realizar el cálculo de cupos por sector, el referente debe motivar a que se trabaje de esta forma, así la oferta de cupos se realizará ajustada a las necesidades de la población perteneciente a los sectores.



**COMPROMISO DE GESTIÓN N°4**  
**REDUCCIÓN DE LOS TIEMPOS DE**  
**ESPERA POR CONSULTAS NUEVAS DE**  
**ESPECIALIDADES MÉDICAS**



<b>Ámbito RISS:</b>	Modelo Asistencial.
<b>Atributo:</b>	2. Una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, gestión de enfermedades, y cuidados paliativos, y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud personales y los servicios de salud pública. 3. Un primer nivel de atención multidisciplinario que cubre a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población.

## Objetivo General

Brindar atención en tiempo oportuno a las personas que requieren consultas nuevas de especialidades médicas, con foco de resolución en la priorización por antigüedad.

## Objetivos Específicos

- Resolver la Lista de Espera por consultas nuevas de especialidades médicas según meta definida para cada Servicio de Salud, basado en el análisis realizado de capacidad de egresos en la antigüedad por cada Servicio de Salud.
- Resolver el 100,0% de los casos ingresados a la Lista de Espera por consultas nuevas de especialidades médicas de usuarios SENAME, en un tiempo igual o menor a un año.
- Resolver el 100,0% de los casos ingresados a la Lista de Espera por consultas nuevas de especialidades médicas de usuarios PRAIS Primera Generación con fecha de entrada igual o anterior al 30 de junio de 2020.

## Marco Referencial y Consideraciones Técnicas

En el contexto de la disminución de tiempos de espera para Consultas de Especialidad Médica, se mantienen las gestiones y logísticas para disminuir la lista de espera, a mediano y largo plazo y con estrategias permanentes que potencien la oferta institucional y generar oferta extraordinaria de resolución para dar respuesta a la brecha calculada de la oferta institucional.

Las estrategias relacionadas directamente con la gestión para optimizar y mejorar la capacidad de resolución de la red y que han sido permanentes en el tiempo:

- Monitoreo mensual de la programación médica de los hospitales y evaluación trimestral mediante compromisos de Gestión.
- Control de la pertinencia de la referencia desde el nivel primario al nivel secundario y terciario de atención, instalando la contraloría clínica y los médicos priorizadores, estrategia fortalecida por el Programa de Resolutividad de APS.
- Monitoreo de la gestión de la referencia y contra referencia entre establecimientos de APS y nivel secundario, a través de indicadores que miden pertinencia y % de derivación desde APS.
- Implementación de la protocolización de alta médica en la atención ambulatoria en especialidades priorizadas sobre problemas de salud más frecuentes con el fin de optimizar tanto el uso de la oferta de



cupos para consulta nueva como la de controles en el nivel secundario.

- Implementación de la gestión de casos por equipos gestores de demanda de los Servicios de Salud y los establecimientos de la red. Se definieron equipos a cargo de la demanda GES y No GES, así como también coordinadores SENAME para este universo priorizado de pacientes.
- Aumento de la oferta médica y de prestaciones realizadas mediante estrategias de Telemedicina para consultas, comités de especialistas, exámenes y procedimientos.
- Generación de operativos móviles de consultas médicas de especialistas que complementan la oferta presencial existente, con el apoyo de sociedades y FFAA.
- Desarrollo de las coordinaciones macrorregionales de los Servicios de Salud como instancias de gestión conjunta, las que han sido reforzados con la implementación de Directorios de Compra en conjunto con Fonasa, optimizando la utilización de las capacidades instaladas y los recursos disponibles.
- Registro de la Lista de Espera No Ges de Consulta de Especialidad Médica disponible y actualizado en el Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE), y bajo las normativas existentes respecto al registro de ingresos y egresos en la plataforma.

## Definiciones y Terminología

- **Listas de Espera:** Es el registro de todas las personas que han recibido la indicación de atención, sea esta de consulta ambulatoria de especialidad médica u odontológica, procedimiento en atención especializada e intervención quirúrgica mayores y menores programada, por un profesional autorizado por la red, teniendo documentada tal solicitud en el formulario correspondiente. La inclusión en el registro debe considerar, a todas las personas, aun cuando la atención requerida no forme parte de la cartera de servicios del establecimiento de referencia, en cuyo caso el gestor de red, debe resolver en primera instancia a través de la oferta de su red o en su defecto mediante la gestión con otras redes.
- **SIGTE:** Sistema Informático de Gestión de Tiempos de Espera, que contiene los datos de registro disponibles y en línea de las listas de espera de Consultas Nuevas de Especialidades Médicas y Odontológicas y de Intervenciones Quirúrgicas mayores y menores Electivas.
- **Entrada a SIGTE de consultas:** la entrada al registro de listas de espera, corresponde a la fecha de indicación de dichas atenciones, realizada por el médico u otro profesional autorizado, documentado en el formulario correspondiente. Esta fecha de indicación corresponderá tanto para las indicaciones desde APS como niveles secundarios y terciarios, según los flujogramas acordados en cada red de Servicio.
- **Causal de Egreso:** Indica las causales de salida de la lista de espera de un paciente definidas según Norma Técnica N°118 del año 2011 y sus actualizaciones.
- **Volumen:** Resolución de la totalidad del número de las personas en Lista de espera por Intervenciones Quirúrgicas, según meta indicada para Servicio de Salud, en base a registros SIGTE.
- **Anualidad:** Es el año de entrada de las personas en Lista de Espera por Intervenciones Quirúrgicas al SIGTE.
- **Lista PRAIS Primera Generación:** Según lo definido en la Norma Técnica N°88, Resolución Exenta N°437 del 30 de junio del 2006, corresponde a "la persona que fue sometida individualmente a la experiencia represiva traumática y la o las personas que formaban su grupo familiar inmediato al momento de ocurrencia del evento represivo...".
- **SENAME:** El Servicio Nacional de Menores es un organismo gubernamental centralizado, colaborador del sistema judicial y dependiente del Ministerio de Justicia. Se encarga de la protección de derechos de niños, niñas y adolescentes, y de jóvenes entre 14 y 18 años ante el sistema judicial.



- **Lista SENAME:** Lista de Espera de pacientes SENAME total, que cumplan con criterios de registro en SIGTE a la espera de intervenciones quirúrgicas.
- **Optimización de la oferta institucional:** Fortalecimiento de los procesos clínicos y administrativos de los establecimientos que permiten maximizar la oferta de consulta médica de especialidad institucional:
  - o Resguardar el 32,0% mínimo para programación de consultas nuevas de especialidad.
  - o Seguimiento y monitorización de la programación de consulta de especialidades médicas con indicador mensual DEIS.

### Nombre del Indicador

- **4.1** Porcentaje de casos egresados de la lista de espera de consultas nuevas de especialidades médicas con destino APS en las especialidades de Oftalmología, Ginecología (Climaterio), Otorrinolaringología y Dermatología, ingresadas con fecha igual o anterior al 31 de diciembre del año 2019.
- **4.2** Porcentaje de casos egresados de la Lista de Espera de consultas nuevas de especialidades médicas con destino Nivel de Especialidad, según meta calculada para cada Servicio de Salud.

### Meta Nacional Año 2021

- Resolver en **100,0%** de casos de la lista de espera de consultas nuevas de especialidades médicas con destino APS en las especialidades de Oftalmología, Ginecología (Climaterio), Otorrinolaringología y Dermatología, ingresadas con fecha igual o anterior al 31 de diciembre del año 2019.
- Resolver el **100,0%** de la Lista de Espera de consultas nuevas de especialidades médicas con destino Nivel de Especialidad, según meta calculada para cada Servicio de Salud.
- Resolver el **100,0%** de casos usuarios SENAME en espera de atención por consultas nuevas de especialidades médicas ingresadas a SIGTE con espera mayor a un año a la fecha de corte.
- Resolver el **100,0%** de casos de la Lista de Espera de consultas nuevas de especialidades médicas de usuarios PRAIS primera generación, ingresada a SIGTE 30 de junio 2020.

### Metodología de Evaluación

Indicador	Ponderación por Corte
4.1 Porcentaje de casos egresados de la lista de espera de consultas nuevas de especialidades médicas con destino APS en las especialidades de Oftalmología, Ginecología (Climaterio), Otorrinolaringología y Dermatología, ingresadas con fecha igual o anterior al 31 de diciembre del año 2019.	1,0%
4.2 Porcentaje de casos egresados de la Lista de Espera de consultas nuevas de especialidades médicas con destino Nivel de Especialidad, según meta calculada para cada Servicio de Salud.	3,0%

### Ficha General Indicador

Nombre del Indicador	<b>4.1 Porcentaje de casos egresados de la lista de espera de consultas nuevas de especialidades médicas con destino APS en las especialidades de Oftalmología, Ginecología (Climaterio), Otorrinolaringología y Dermatología, ingresadas con fecha igual o anterior al 31 de diciembre del año 2019.</b>
----------------------	---





Fórmula de Cálculo	(Número de casos egresados de la lista de espera de consultas nuevas de especialidades médicas, con destino APS de las especialidades de Oftalmología, Ginecología (Climaterio), Otorrinolaringología y Dermatología ingresadas con fecha igual o anterior al 31 de diciembre del año 2019 en el periodo / Número total de casos comprometidos a egresar de la lista de espera de consultas nuevas de especialidades médicas con destino APS de las especialidades de Oftalmología, Ginecología (Climaterio), Otorrinolaringología y Dermatología, ingresadas con fecha igual o anterior al 31 de diciembre del año 2019) x 100
Fuente de Datos	Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE).

### Metas y Ponderaciones por Corte

I Corte		20% de la evaluación anual
Número Acción	<b>1</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Resolución del <b>10,0%</b> de su universo total al 31 de diciembre de 2019.	
Medios de Verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL	
Fórmula de Cálculo:	(Número de casos egresados de la lista de espera de consultas nuevas de especialidades médicas, con destino APS de las especialidades de Oftalmología, Ginecología (Climaterio), Otorrinolaringología y Dermatología ingresadas con fecha igual o anterior al 31 de diciembre del año 2019 en el periodo / Número total de casos comprometidos a egresar de la lista de espera de consultas nuevas de especialidades médicas con destino APS de las especialidades de Oftalmología, Ginecología (Climaterio), Otorrinolaringología y Dermatología, ingresadas con fecha igual o anterior al 31 de diciembre del año 2019) x 100	
Cálculo del Cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	<b>X ≥ 10,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>7,0% ≤ X &lt; 10,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>4,0% ≤ X &lt; 7,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>1,0% ≤ X &lt; 4,0%</b>	<b>25,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	50,0%	
Número Acción	<b>2</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Resolución del <b>100,0%</b> de personas con fecha de ingreso igual y anterior al <b>31 de diciembre de 2017</b> .	
Medios de Verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL	
Fórmula de Cálculo:	(Número de casos egresados de la lista de espera de consultas nuevas de especialidades médicas, con destino APS de las especialidades de Oftalmología, Ginecología (Climaterio), Otorrinolaringología y Dermatología ingresadas con fecha igual o anterior al 31 de diciembre del año 2017 en el periodo / Número total de casos comprometidos a egresar de la lista de espera de consultas nuevas de especialidades médicas con destino APS de las especialidades de Oftalmología, Ginecología (Climaterio), Otorrinolaringología y Dermatología, ingresadas con fecha igual o anterior al 31 de diciembre del año 2017) x 100	
Cálculo del Cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	<b>X ≥ 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>85,0% ≤ X &lt; 100,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>70,0% ≤ X &lt; 85,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>55,0% ≤ X &lt; 70,0%</b>	<b>25,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	50,0%	

II Corte		25% de la evaluación anual
Número Acción	<b>3</b>	



Acciones y/o Metas Específicas	Resolución del <b>25,0%</b> de su universo total al 31 de diciembre de 2019.	
Medios de Verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL	
Fórmula de Cálculo:	(Número de casos egresados de la lista de espera de consultas nuevas de especialidades médicas, con destino APS de las especialidades de Oftalmología, Ginecología (Climaterio), Otorrinolaringología y Dermatología ingresadas con fecha igual o anterior al 31 de diciembre del año 2019 en el periodo / Número total de casos comprometidos a egresar de la lista de espera de consultas nuevas de especialidades médicas con destino APS de las especialidades de Oftalmología, Ginecología (Climaterio), Otorrinolaringología y Dermatología, ingresadas con fecha igual o anterior al 31 de diciembre del año 2019) x 100	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 25,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>20,0% ≤ X &lt; 25,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>15,0% ≤ X &lt; 20,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>10,0% ≤ X &lt; 15,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 10,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	50,0%	
Número Acción	4	
Acciones y/o Metas Específicas	Resolución del <b>100,0%</b> de personas con fecha de ingreso igual y anterior al <b>31 de diciembre de 2018</b> .	
Medios de Verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL	
Fórmula de Cálculo:	(Número de casos egresados de la lista de espera de consultas nuevas de especialidades médicas, con destino APS de las especialidades de Oftalmología, Ginecología (Climaterio), Otorrinolaringología y Dermatología ingresadas con fecha igual o anterior al 31 de diciembre del año 2018 en el periodo / Número total de casos comprometidos a egresar de la lista de espera de consultas nuevas de especialidades médicas con destino APS de las especialidades de Oftalmología, Ginecología (Climaterio), Otorrinolaringología y Dermatología, ingresadas con fecha igual o anterior al 31 de diciembre del año 2018) x 100	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>85,0% ≤ X &lt; 100,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>70,0% ≤ X &lt; 85,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>55,0% ≤ X &lt; 70,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 55,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	50,0%	

	<b>III Corte</b>	<b>25% de la evaluación anual</b>
Número Acción	5	
Acciones y/o Metas Específicas	Resolución del <b>55,0%</b> de su universo total al 31 de diciembre de 2019.	
Medios de Verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL	
Fórmula de Cálculo:	(Número de casos egresados de la lista de espera de consultas nuevas de especialidades médicas, con destino APS de las especialidades de Oftalmología, Ginecología (Climaterio), Otorrinolaringología y Dermatología ingresadas con fecha igual o anterior al 31 de diciembre del año 2019 en el periodo / Número total de casos comprometidos a egresar de la lista de espera de consultas nuevas de especialidades médicas con destino APS de las especialidades de Oftalmología, Ginecología (Climaterio), Otorrinolaringología y Dermatología, ingresadas con fecha igual o anterior al 31 de diciembre del año 2019) x 100	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 55,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>45,0% ≤ X &lt; 55,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>35,0% ≤ X &lt; 45,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>25,0% ≤ X &lt; 35,0%</b>	<b>25,0%</b>



	<b>X &lt; 25,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	50,0%	
Número Acción	<b>6</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Resolución del <b>100,0%</b> de personas con fecha de ingreso igual y anterior al <b>30 de junio de 2019</b> .	
Medios de Verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL	
Fórmula de Cálculo:	(Número de casos egresados de la lista de espera de consultas nuevas de especialidades médicas, con destino APS de las especialidades de Oftalmología, Ginecología (Climaterio), Otorrinolaringología y Dermatología ingresadas con fecha igual o anterior al 30 de junio del año 2019 en el periodo / Número total de casos comprometidos a egresar de la lista de espera de consultas nuevas de especialidades médicas con destino APS de las especialidades de Oftalmología, Ginecología (Climaterio), Otorrinolaringología y Dermatología, ingresadas con fecha igual o anterior al 30 de junio del año 2019) x 100	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>85,0% ≤ X &lt; 100,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>70,0% ≤ X &lt; 85,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>55,0% ≤ X &lt; 70,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 55,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	50,0%	

	<b>IV Corte</b>	<b>25% de la evaluación anual</b>
Número Acción	<b>7</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Resolución del <b>100,0%</b> de su universo total al 31 de diciembre de 2019.	
Medios de Verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL	
Fórmula de Cálculo:	(Número de casos egresados de la lista de espera de consultas nuevas de especialidades médicas, con destino APS de las especialidades de Oftalmología, Ginecología (Climaterio), Otorrinolaringología y Dermatología ingresadas con fecha igual o anterior al 31 de diciembre del año 2019 en el periodo / Número total de casos comprometidos a egresar de la lista de espera de consultas nuevas de especialidades médicas con destino APS de las especialidades de Oftalmología, Ginecología (Climaterio), Otorrinolaringología y Dermatología, ingresadas con fecha igual o anterior al 31 de diciembre del año 2019) x 100	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>90,0% ≤ X &lt; 100,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>80,0% ≤ X &lt; 90,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>70,0% ≤ X &lt; 80,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 70,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	50,0%	
Número Acción	<b>8</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Resolución del <b>100,0%</b> de personas con fecha de ingreso igual y anterior al <b>31 de diciembre de 2019</b> .	
Medios de Verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL	
Fórmula de Cálculo:	(Número de casos egresados de la lista de espera de consultas nuevas de especialidades médicas, con destino APS de las especialidades de Oftalmología, Ginecología (Climaterio), Otorrinolaringología y Dermatología ingresadas con fecha igual o anterior al 30 de junio del año 2019 en el periodo / Número total de casos comprometidos a egresar de la lista de espera de consultas nuevas de especialidades médicas con destino APS de las especialidades de Oftalmología, Ginecología (Climaterio), Otorrinolaringología y Dermatología, ingresadas con fecha igual o anterior al 30 de junio del año 2019) x 100	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>



	<b>X ≥ 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>85,0% ≤ X &lt; 100,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>70,0% ≤ X &lt; 85,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>55,0% ≤ X &lt; 70,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 55,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	50,0%	

### Ficha General Indicador

Nombre del Indicador	<b>4.2 Porcentaje de casos egresados de la Lista de Espera de consultas nuevas de especialidades médicas con destino Nivel de Especialidad, según meta calculada para cada Servicio de Salud.</b>
Fórmula de Cálculo	(Número de casos resueltos de la lista de espera de consultas nuevas de especialidades médicas de la Red Asistencial, según meta ajustada para el Servicio de Salud en el periodo / Número total de casos comprometidos a resolver de la lista de espera de consultas nuevas de especialidades médicas de la Red Asistencial, según meta ajustada para el Servicio de Salud) x 100.
Fuente de Datos	Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE).

### Metas y Ponderaciones por Corte

	<b>I Corte</b>	<b>20% de la evaluación anual</b>
Número Acción	<b>1</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Resolución del <b>15,0%</b> de su universo total según la meta definida para SS.	
Medios de Verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL	
Fórmula de Cálculo:	(Número de casos resueltos de la lista de espera de consultas nuevas de especialidades médicas de la Red Asistencial, según meta ajustada para el Servicio de Salud en el periodo / Número total de casos comprometidos a resolver de la lista de espera de consultas nuevas de especialidades médicas de la Red Asistencial, según meta ajustada para el Servicio de Salud) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 15,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>12,0% ≤ X &lt; 15,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>9,0% ≤ X &lt; 12,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>6,0% ≤ X &lt; 9,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 6,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	40,0%	
Número Acción	<b>2</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Resolución de <b>100,0%</b> de casos con fecha de ingreso según meta definida para SS	
Medios de Verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL	
Fórmula de Cálculo:	(Número de casos resueltos de la lista de espera de consultas nuevas de especialidades médicas de la Red Asistencial, según meta ajustada para el Servicio de Salud en el periodo / Número total de casos comprometidos a resolver de la lista de espera de consultas nuevas de especialidades médicas de la Red Asistencial, según meta ajustada para el Servicio de Salud en el periodo) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>85,0% ≤ X &lt; 100,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>70,0% ≤ X &lt; 85,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>55,0% ≤ X &lt; 70,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 55,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	40,0%	



Número Acción	3	
Acciones y/o Metas Específicas	Resolución del <b>100,0%</b> de casos SENAME según la meta definida para SS.	
Medios de Verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL	
Fórmula de Cálculo:	Número de casos abiertos de la lista de espera por Consultas Nuevas de Especialidad Médicas, correspondientes a casos de usuarios SENAME, <b>con fecha de entrada mayor a 1 año.</b>	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = 0</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &gt; 0</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	10,0%	
Número Acción	4	
Acciones y/o Metas Específicas	Resolución del <b>15,0%</b> del universo total de usuarios PRAIS primera generación con fecha de ingreso igual o anterior al 30 de junio de 2020.	
Medios de Verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL	
Fórmula de Cálculo:	(Número de casos resueltos de la lista de espera de consultas nuevas de especialidades médicas de la Red Asistencial, de usuarios PRAIS primera generación, según meta para el Servicio de Salud en el periodo / Número total de casos comprometidos a resolver de consultas nuevas de especialidades médicas de la Red Asistencial, de usuarios PRAIS primera generación, según meta para el Servicio de Salud) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 15,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>12,0% ≤ X &lt; 15,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>9,0% ≤ X &lt; 12,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>6,0% ≤ X &lt; 9,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 6,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	10,0%	

	<b>II Corte</b>	<b>25% de la evaluación anual</b>
Número Acción	5	
Acciones y/o Metas Específicas	Resolución del <b>45,0%</b> de su universo total según la meta definida para SS.	
Medios de Verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL	
Fórmula de Cálculo:	(Número de casos resueltos de la lista de espera de consultas nuevas de especialidades médicas de la Red Asistencial, según meta ajustada para el Servicio de Salud en el periodo / Número total de casos comprometidos a resolver de la lista de espera de consultas nuevas de especialidades médicas de la Red Asistencial, según meta ajustada para el Servicio de Salud) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 45,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>35,0% ≤ X &lt; 45,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>25,0% ≤ X &lt; 35,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>15,0% ≤ X &lt; 25,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 15,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	40,0%	
Número Acción	6	
Acciones y/o Metas Específicas	Resolución de <b>100,0%</b> de casos con fecha de ingreso según meta definida para SS	
Medios de Verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL	
Fórmula de Cálculo:	(Número de casos resueltos de la lista de espera de consultas nuevas de especialidades médicas de la Red Asistencial, según meta ajustada para el Servicio de Salud en el periodo / Número total de casos comprometidos a resolver de la lista de espera de consultas nuevas de especialidades médicas de la Red Asistencial, según meta ajustada para el Servicio de Salud en el periodo) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 100,0%</b>	<b>100,0%</b>



	$85,0\% \leq X < 100,0\%$	<b>75,0%</b>
	$70,0\% \leq X < 85,0\%$	<b>50,0%</b>
	$55,0\% \leq X < 70,0\%$	<b>25,0%</b>
	$X < 55,0\%$	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	40,0%	
Número Acción	<b>7</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Resolución del <b>100,0%</b> de casos SENAME según la meta definida para SS.	
Medios de Verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL	
Fórmula de Cálculo:	Número de casos abiertos de la lista de espera por Consultas Nuevas de Especialidad Médicas, correspondientes a casos de usuarios SENAME, <b>con fecha de entrada mayor a 1 año.</b>	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	$X = 0$	<b>100,0%</b>
	$X > 0$	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	10,0%	
Número Acción	<b>8</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Resolución del <b>45,0%</b> del universo total de usuarios PRAIS primera generación con fecha de ingreso igual o anterior al 30 de junio de 2020.	
Medios de Verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL	
Fórmula de Cálculo:	(Número de casos resueltos de la lista de espera de consultas nuevas de especialidades médicas de la Red Asistencial, de usuarios PRAIS primera generación, según meta para el Servicio de Salud en el periodo / Número total de casos comprometidos a resolver de consultas nuevas de especialidades médicas de la Red Asistencial, de usuarios PRAIS primera generación, según meta para el Servicio de Salud) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	$X \geq 45,0\%$	<b>100,0%</b>
	$35,0\% \leq X < 45,0\%$	<b>75,0%</b>
	$25,0\% \leq X < 35,0\%$	<b>50,0%</b>
	$15,0\% \leq X < 25,0\%$	<b>25,0%</b>
	$X < 15,0\%$	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	10,0%	

	<b>III Corte</b>	<b>25% de la evaluación anual</b>
Número Acción	<b>9</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Resolución del <b>70,0%</b> de su universo total según la meta definida para SS.	
Medios de Verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL	
Fórmula de Cálculo:	(Número de casos resueltos de la lista de espera de consultas nuevas de especialidades médicas de la Red Asistencial, según meta ajustada para el Servicio de Salud en el periodo / Número total de casos comprometidos a resolver de la lista de espera de consultas nuevas de especialidades médicas de la Red Asistencial, según meta ajustada para el Servicio de Salud) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	$X \geq 70,0\%$	<b>100,0%</b>
	$60,0\% \leq X < 70,0\%$	<b>75,0%</b>
	$50,0\% \leq X < 60,0\%$	<b>50,0%</b>
	$40,0\% \leq X < 50,0\%$	<b>25,0%</b>
	$X < 40,0\%$	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	40,0%	
Número Acción	<b>10</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Resolución de <b>100,0%</b> de casos con fecha de ingreso según meta definida para SS	
Medios de Verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL	
Fórmula de Cálculo:	(Número de casos resueltos de la lista de espera de consultas nuevas de especialidades médicas de la Red Asistencial, según meta ajustada para el Servicio de Salud en el periodo / Número total	



	de casos comprometidos a resolver de la lista de espera de consultas nuevas de especialidades médicas de la Red Asistencial, según meta ajustada para el Servicio de Salud en el periodo) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>85,0% ≤ X &lt; 100,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>70,0% ≤ X &lt; 85,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>55,0% ≤ X &lt; 70,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 55,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	40,0%	
Número Acción	<b>11</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Resolución del <b>100,0%</b> de casos SENAME según la meta definida para SS.	
Medios de Verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL	
Fórmula de Cálculo:	Número de casos abiertos de la lista de espera por Consultas Nuevas de Especialidad Médicas, correspondientes a casos de usuarios SENAME, <b>con fecha de entrada mayor a 1 año.</b>	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = 0</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &gt; 0</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	10,0%	
Número Acción	<b>12</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Resolución del <b>70,0%</b> del universo total de usuarios PRAIS primera generación con fecha de ingreso igual o anterior al 30 de junio de 2020.	
Medios de Verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL	
Fórmula de Cálculo:	(Número de casos resueltos de la lista de espera de consultas nuevas de especialidades médicas de la Red Asistencial, de usuarios PRAIS primera generación, según meta para el Servicio de Salud en el periodo / Número total de casos comprometidos a resolver de consultas nuevas de especialidades médicas de la Red Asistencial, de usuarios PRAIS primera generación, según meta para el Servicio de Salud) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 70,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>60,0% ≤ X &lt; 70,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>50,0% ≤ X &lt; 60,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>40,0% ≤ X &lt; 50,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 40,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	10,0%	

	<b>IV Corte</b>	<b>30% de la evaluación anual</b>
Número Acción	<b>13</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Resolución del <b>100,0%</b> de su universo total según la meta definida para SS.	
Medios de Verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL	
Fórmula de Cálculo:	(Número de casos resueltos de la lista de espera de consultas nuevas de especialidades médicas de la Red Asistencial, según meta ajustada para el Servicio de Salud en el periodo / Número total de casos comprometidos a resolver de la lista de espera de consultas nuevas de especialidades médicas de la Red Asistencial, según meta ajustada para el Servicio de Salud) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>90,0% ≤ X &lt; 100,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>80,0% ≤ X &lt; 90,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>70,0% ≤ X &lt; 80,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 70,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	40,0%	



Número Acción	14	
Acciones y/o Metas Específicas	Resolución de <b>100,0%</b> de casos con fecha de ingreso según meta definida para SS	
Medios de Verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL	
Fórmula de Cálculo:	(Número de casos resueltos de la lista de espera de consultas nuevas de especialidades médicas de la Red Asistencial, según meta ajustada para el Servicio de Salud en el periodo / Número total de casos comprometidos a resolver de la lista de espera de consultas nuevas de especialidades médicas de la Red Asistencial, según meta ajustada para el Servicio de Salud en el periodo) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>85,0% ≤ X &lt; 100,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>70,0% ≤ X &lt; 85,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>55,0% ≤ X &lt; 70,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 55,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	40,0%	
Número Acción	15	
Acciones y/o Metas Específicas	Resolución del <b>100,0%</b> de casos SENAME según la meta definida para SS.	
Medios de Verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL	
Fórmula de Cálculo:	Número de casos abiertos de la lista de espera por Consultas Nuevas de Especialidad Médicas, correspondientes a casos de usuarios SENAME, <b>con fecha de entrada mayor a 1 año.</b>	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = 0</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &gt; 0</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	10,0%	
Número Acción	16	
Acciones y/o Metas Específicas	Resolución del <b>100,0%</b> del universo total de usuarios PRAIS primera generación con fecha de ingreso igual o anterior al 30 de junio de 2020.	
Medios de Verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL	
Fórmula de Cálculo:	(Número de casos resueltos de la lista de espera de consultas nuevas de especialidades médicas de la Red Asistencial, de usuarios PRAIS primera generación, según meta para el Servicio de Salud en el periodo / Número total de casos comprometidos a resolver de consultas nuevas de especialidades médicas de la Red Asistencial, de usuarios PRAIS primera generación, según meta para el Servicio de Salud) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>90,0% ≤ X &lt; 100,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>80,0% ≤ X &lt; 90,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>70,0% ≤ X &lt; 80,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 70,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	10,0%	

Notas del Indicador:

1. Se entregará línea de base y meta de resolución por cada corte, tanto en volumen como anualidad ajustada para cada Servicio de Salud, con el informe de la Glosa 6 de corte de diciembre 2020.
2. La totalidad de los registros adicionales que son producto de regularizaciones durante el año 2021, que corresponden a la meta de este Compromiso de Gestión y que no estaban contenidos en el universo línea de base, deberán quedar resueltos en 100% para último corte.
3. Sobre la resolución del universo de usuarios PRAIS Primera Generación, consultar el Ordinario N° 5.217 del





13 de diciembre de 2018 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

4. El calendario de corte de información será entregado dentro del primer trimestre del año 2021 previo a la evaluación.
5. La fuente oficial para trabajar estos indicadores es el SIGTE.
6. El cumplimiento del trabajo realizado para los COMGES se encuentra bajo el marco normativo vigente de gestión de Listas de Espera no GES, exigiendo la veracidad, oportunidad y completitud de la información declarada en SIGTE y sus respectivos respaldos de gestión.
7. Documentos de consulta y apoyo al desarrollo del COMGES:
  - a. Decreto: Aprueba norma técnica sobre estándares de información de Salud.
  - b. Resolución Exenta N° 502, aprueba Norma Técnica 118 y sus modificaciones.
  - c. Manual: Procesos de Registro de Lista de Espera no GES.
  - d. Mapa de Proceso de atención de salud 2015.
  - e. Gestión de Indicaciones 2015.
  - f. Atención Ambulatoria de Especialidades 2015.
  - g. Manual de Agenda 2020.
8. Los traslados coordinados, las casuales 3 vigentes y las postergaciones vigentes al cierre del trimestre, se descuentan específicamente en corte a evaluar.
9. Los universos de casos priorizados como el SENAME y PRAIS serán recalculados en cada trimestre, así reconocer los usuarios que cumplen el criterio y presentan LE Abierta en dichos trimestres, los que serán exigido egresar en el trimestre posterior.



**COMPROMISO DE GESTIÓN N°5**  
**REDUCCIÓN DE LOS TIEMPOS DE**  
**ESPERA POR INTERVENCIONES**  
**QUIRÚRGICAS**



<b>Ámbito RISS:</b>	Modelo Asistencial.
<b>Atributo:</b>	2. Una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, gestión de enfermedades, y cuidados paliativos, y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud personales y los servicios de salud pública. 3. Un primer nivel de atención multidisciplinario que cubre a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población.

## Objetivo General

Dar atención en tiempo oportuno a las personas que requieren Intervención Quirúrgica Mayores y Menores Electiva, con foco de resolución en la priorización por antigüedad.

## Objetivos Específicos

- Resolver la Lista de Espera por Intervenciones Quirúrgicas según meta definida para cada Servicio de Salud, basado en el análisis realizado de capacidad de egresos en la antigüedad por cada Servicio de Salud.
- Resolver el 100,0% de los casos ingresados a Lista de Espera por Intervenciones Quirúrgicas de usuarios SENAME, en un tiempo igual o menor a un año.
- Resolver el 100,0% de los casos ingresados a Lista de Espera por Intervenciones Quirúrgicas de usuarios PRAIS Primera Generación con fecha de entrada igual o anterior al 30 de junio de 2020.

## Marco Referencial y Consideraciones Técnicas

En el contexto de la disminución de tiempos de espera para Intervenciones Quirúrgicas, se mantienen las gestiones y logísticas para disminuir la lista de espera, a mediano y largo plazo y con estrategias permanentes que potencien la oferta quirúrgica institucional y generar oferta extraordinaria de resolución para dar respuesta a la brecha calculada de la oferta institucional.

### Optimización de Oferta Institucional.

Fortalecimiento de los procesos clínicos y administrativos de los establecimientos que permiten maximizar la oferta quirúrgica institucional:

- Optimización del proceso pre quirúrgico y construcción de tabla, para disminución de las suspensiones.
- Resguardo entre el 20% y 30% del porcentaje de la tabla quirúrgica para pacientes priorizados de lista de espera.
- Monitorización del cumplimiento de la ocupación de pabellones y porcentaje de suspensiones.
- Potenciar la Cirugía Mayor Ambulatoria.

La monitorización de estas estrategias se realiza a través de:



- Monitorización centralizada de producción de quirófanos a través de sistema UGCQ, registros DEIS y GRD.

Junto a las estrategias estructurales mencionadas, y para el caso de la LE No GES, indicamos aquellas relacionadas directamente con la gestión para optimizar y mejorar la capacidad de resolución de la red y que han sido permanentes en el tiempo:

- Monitoreo mensual de la programación médica de los hospitales y evaluación trimestral mediante compromisos de Gestión.
- Optimización de la oferta de pabellones electivos: monitoreo del funcionamiento de la tabla quirúrgica mediante plataforma Unidad de Gestión Centralizada de Quirófanos (UGCQ).
- Implementación de la gestión de casos por equipos gestores de demanda de los Servicios de Salud y los establecimientos de la red. Se definieron equipos a cargo de la demanda GES y No GES y coordinadores SENAME para este universo priorizado de pacientes.
- Generación de operativos móviles de intervenciones quirúrgicas, que complementan la oferta presencial existente, con el apoyo de sociedades médicas, fundaciones y FFAA.
- Aumento en el número de cirugía ambulatoria realizada.
- Desarrollo de las coordinaciones Macrorregional de los Servicios de Salud como instancias de gestión conjunta, las que han sido reforzados con la implementación de Directorios de Compra en conjunto con el Fonasa, optimizando la utilización de las capacidades instaladas y los recursos disponibles.
- Registro de la Lista de Espera No Ges de Intervenciones Quirúrgicas disponible y actualizado en el Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE) y bajo las normativas existentes respecto al registro de ingresos y egresos en la plataforma.

## Definiciones y Terminología

- **Listas de Espera:** Es el registro de todas las personas que han recibido la indicación de atención, sea esta de consulta ambulatoria de especialidad médica u odontológica, procedimiento en atención especializada e intervención quirúrgica mayores y menores programada, por un profesional autorizado por la red, teniendo documentada tal solicitud en el formulario correspondiente. La inclusión en el registro debe considerar, a todas las personas, aun cuando la atención requerida no forme parte de la cartera de servicios del establecimiento de referencia, en cuyo caso el gestor de red, debe resolver en primera instancia a través de la oferta de su red o en su defecto mediante la gestión con otras redes.
- **SIGTE:** Sistema Informático de Gestión de Tiempos de Espera, que contiene los datos de registro disponibles y en línea de las listas de espera de Consultas Nuevas de Especialidades Médicas y Odontológicas y de Intervenciones Quirúrgicas mayores y menores Electivas.
- **Entrada a SIGTE de consultas:** la entrada al registro de listas de espera, corresponde a la fecha de indicación de dichas atenciones, realizada por el médico u otro profesional autorizado, documentado en el formulario correspondiente. Esta fecha de indicación corresponderá tanto para las indicaciones desde APS como niveles secundarios y terciarios, según los flujogramas acordados en cada red de Servicio.
- **Causal de Egreso:** Indica las causales de salida de la lista de espera de un paciente definidas según Norma Técnica N°118 del año 2011 y sus actualizaciones.
- **Volumen:** Resolución de la totalidad del número de las personas en Lista de espera por Intervenciones Quirúrgicas, según meta indicada para Servicio de Salud, en base a registros SIGTE.



- **Anualidad:** Es el año de entrada de las personas en Lista de Espera por Intervenciones Quirúrgicas al SIGTE.
- **Lista PRAIS Primera Generación:** Según lo definido en la Norma Técnica N°88, Resolución Exenta N°437 del 30 de junio del 2006, corresponde a “la persona que fue sometida individualmente a la experiencia represiva traumática y la o las personas que formaban su grupo familiar inmediato al momento de ocurrencia del evento represivo...”.
- **SENAME:** El Servicio Nacional de Menores es un organismo gubernamental centralizado, colaborador del sistema judicial y dependiente del Ministerio de Justicia. Se encarga de la protección de derechos de niños, niñas y adolescentes, y de jóvenes entre 14 y 18 años ante el sistema judicial.
- **Lista SENAME:** Lista de Espera de pacientes SENAME total, que cumplan con criterios de registro en SIGTE a la espera de intervenciones quirúrgicas.

### Nombre del Indicador

- **5.1** Porcentaje de disminución de la lista de espera por intervenciones quirúrgicas menores electivas en establecimientos de baja complejidad, ingresadas con fecha igual o anterior al 30 de junio del año 2020.
- **5.2** Porcentaje de casos disminuidos de la Lista de Espera de intervenciones quirúrgicas mayores y menores electivas, según meta definida para cada Servicio de Salud.

### Meta Nacional Año 2021

- Resolver el **100,0%** de la Lista de Espera por intervenciones quirúrgicas, según meta calculada para cada Servicio de Salud.
- Resolver el **100,0%** de casos usuarios SENAME en espera de atención por intervenciones quirúrgicas ingresadas a SIGTE con espera mayor a un año a la fecha de corte.
- Resolver el **100,0%** de casos de la Lista de Espera por intervenciones quirúrgicas de usuarios PRAIS primera generación, ingresada a SIGTE al 30 de junio del 2020.

### Metodología de Evaluación

Indicador	Ponderación por Corte
5.1 Porcentaje de disminución de la lista de espera por intervenciones quirúrgicas menores electivas en establecimientos de baja complejidad, ingresadas con fecha igual o anterior al 30 de junio del año 2020.	1,0%
5.2 Porcentaje de casos disminuidos de la Lista de Espera de intervenciones quirúrgicas mayores y menores electivas, según meta definida para cada Servicio de Salud.	3,0%

### Ficha General Indicador

Nombre del Indicador	<b>5.1 Porcentaje de disminución de la lista de espera por intervenciones quirúrgicas menores electivas en establecimientos de baja complejidad, ingresadas con fecha igual o anterior al 30 de junio del año 2020.</b>
Fórmula de Cálculo	(Número de casos resueltos de la lista de espera por intervenciones quirúrgicas menores electivas en establecimientos de baja complejidad, ingresadas con fecha igual o anterior al 30 de junio del



	año 2020 en el periodo / Número total de casos comprometidos a resolver de la lista de espera por intervenciones quirúrgicas menores electivas en establecimientos de baja complejidad, ingresadas con fecha igual o anterior al 30 de junio del año 2020) x 100.
Fuente de Datos	Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE).

### Metas y Ponderaciones por Corte

I Corte		20% de la evaluación anual
Número Acción	1	
Acciones y/o Metas Específicas	Resolución del <b>10,0%</b> de su universo total al 30 de junio de 2020.	
Medios de Verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL	
Fórmula de Cálculo:	(Número de casos resueltos de la lista de espera por intervenciones quirúrgicas menores electivas en establecimientos de baja complejidad, ingresadas con fecha igual o anterior al 30 de junio del año 2020 en el periodo / Número total de casos comprometidos a resolver de la lista de espera por intervenciones quirúrgicas menores electivas en establecimientos de baja	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 10,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>7,0% ≤ X &lt; 10,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>4,0% ≤ X &lt; 7,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>1,0% ≤ X &lt; 4,0%</b>	<b>25,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	50,0%	
Número Acción	2	
Acciones y/o Metas Específicas	Resolución del <b>100,0%</b> de personas con fecha de ingreso igual y anterior al <b>30 de junio de 2018</b> .	
Medios de Verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL	
Fórmula de Cálculo:	(Número de casos resueltos de la lista de espera por intervenciones quirúrgicas menores electivas en establecimientos de baja complejidad, ingresadas con fecha igual o anterior al 30 de junio del año 2018 en el periodo / Número total de casos comprometidos a resolver de la lista de espera por intervenciones quirúrgicas menores electivas en establecimientos de baja complejidad, ingresadas con fecha igual o anterior al 30 de junio del año 2018) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>85,0% ≤ X &lt; 100,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>70,0% ≤ X &lt; 85,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>55,0% ≤ X &lt; 70,0%</b>	<b>25,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	50,0%	
II Corte		25% de la evaluación anual
Número Acción	3	
Acciones y/o Metas Específicas	Resolución del <b>25,0%</b> de su universo total al 30 de junio de 2020.	
Medios de Verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL	
Fórmula de Cálculo:	(Número de casos resueltos de la lista de espera por intervenciones quirúrgicas menores electivas en establecimientos de baja complejidad, ingresadas con fecha igual o anterior al 30 de junio del año 2020 en el periodo / Número total de casos comprometidos a resolver de la lista de espera por intervenciones quirúrgicas menores electivas en establecimientos de baja	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 25,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>20,0% ≤ X &lt; 25,0%</b>	<b>75,0%</b>



	$15,0\% \leq X < 20,0\%$	<b>50,0%</b>
	$10,0\% \leq X < 15,0\%$	<b>25,0%</b>
	$X < 10,0\%$	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	50,0%	
Número Acción	<b>4</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Resolución del <b>100,0%</b> de personas con fecha de ingreso igual y anterior al <b>30 de junio de 2019</b> .	
Medios de Verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL	
Fórmula de Cálculo:	(Número de casos resueltos de la lista de espera por intervenciones quirúrgicas menores electivas en establecimientos de baja complejidad, ingresadas con fecha igual o anterior al 30 de junio del año 2019 en el periodo / Número total de casos comprometidos a resolver de la lista de espera por intervenciones quirúrgicas menores electivas en establecimientos de baja complejidad, ingresadas con fecha igual o anterior al 30 de junio del año 2019) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	$X \geq 100,0\%$	<b>100,0%</b>
	$85,0\% \leq X < 100,0\%$	<b>75,0%</b>
	$70,0\% \leq X < 85,0\%$	<b>50,0%</b>
	$55,0\% \leq X < 70,0\%$	<b>25,0%</b>
	$X < 55,0\%$	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	50,0%	

	<b>III Corte</b>	<b>25% de la evaluación anual</b>
Número Acción	<b>5</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Resolución del <b>55,0%</b> de su universo total al 30 de junio de 2020.	
Medios de Verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL	
Fórmula de Cálculo:	(Número de casos resueltos de la lista de espera por intervenciones quirúrgicas menores electivas en establecimientos de baja complejidad, ingresadas con fecha igual o anterior al 30 de junio del año 2020 en el periodo / Número total de casos comprometidos a resolver de la lista de espera por intervenciones quirúrgicas menores electivas en establecimientos de baja complejidad, ingresadas con fecha igual o anterior al 30 de junio del año 2020) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	$X \geq 55,0\%$	<b>100,0%</b>
	$45,0\% \leq X < 55,0\%$	<b>75,0%</b>
	$35,0\% \leq X < 45,0\%$	<b>50,0%</b>
	$25,0\% \leq X < 35,0\%$	<b>25,0%</b>
	$X < 25,0\%$	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	50,0%	
Número Acción	<b>6</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Resolución del <b>100,0%</b> de personas con fecha de ingreso igual y anterior al <b>31 de diciembre de 2019</b> .	
Medios de Verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL	
Fórmula de Cálculo:	(Número de casos resueltos de la lista de espera por intervenciones quirúrgicas menores electivas en establecimientos de baja complejidad, ingresadas con fecha igual o anterior al 31 de diciembre del año 2019 en el periodo / Número total de casos comprometidos a resolver de la lista de espera por intervenciones quirúrgicas menores electivas en establecimientos de baja complejidad, ingresadas con fecha igual o anterior al 31 de diciembre del año 2019) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	$X \geq 100,0\%$	<b>100,0%</b>
	$85,0\% \leq X < 100,0\%$	<b>75,0%</b>
	$70,0\% \leq X < 85,0\%$	<b>50,0%</b>
	$55,0\% \leq X < 70,0\%$	<b>25,0%</b>
	$X < 55,0\%$	<b>0,0%</b>



Ponderación al Corte de la Acción	50,0%
-----------------------------------	-------

IV Corte		25% de la evaluación anual
Número Acción	7	
Acciones y/o Metas Específicas	Resolución del <b>100,0%</b> de su universo total al 30 de junio de 2020.	
Medios de Verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL	
Fórmula de Cálculo:	(Número de casos resueltos de la lista de espera por intervenciones quirúrgicas menores electivas en establecimientos de baja complejidad, ingresadas con fecha igual o anterior al 30 de junio del año 2020 en el periodo / Número total de casos comprometidos a resolver de la lista de espera por intervenciones quirúrgicas menores electivas en establecimientos de baja complejidad, ingresadas con fecha igual o anterior al 30 de junio del año 2020) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>90,0% ≤ X &lt; 100,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>80,0% ≤ X &lt; 90,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>70,0% ≤ X &lt; 80,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 70,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	50,0%	
Número Acción	8	
Acciones y/o Metas Específicas	Resolución del <b>100,0%</b> de personas con fecha de ingreso igual y anterior al <b>30 de junio de 2020</b> .	
Medios de Verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL	
Fórmula de Cálculo:	(Número de casos resueltos de la lista de espera por intervenciones quirúrgicas menores electivas en establecimientos de baja complejidad, ingresadas con fecha igual o anterior al 30 de junio del año 2020 en el periodo / Número total de casos comprometidos a resolver de la lista de espera por intervenciones quirúrgicas menores electivas en establecimientos de baja complejidad, ingresadas con fecha igual o anterior al 30 de junio del año 2020) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>85,0% ≤ X &lt; 100,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>70,0% ≤ X &lt; 85,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>55,0% ≤ X &lt; 70,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 55,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	50,0%	

### Ficha General Indicador

Nombre del Indicador	<b>5.2 Porcentaje de casos resueltos de la lista de espera de intervenciones quirúrgicas electivas, según meta definida para cada Servicio de Salud.</b>
Fórmula de Cálculo	(Número de casos resueltos de la lista de espera de intervenciones quirúrgicas electivas, según meta ajustada para cada Servicio de Salud en el periodo / Número total de casos comprometidos a resolver de la lista de espera de intervenciones quirúrgicas electivas, según meta ajustada para cada Servicio de Salud) x 100.
Fuente de Datos	Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE).

### Metas y Ponderaciones por Corte

I Corte		20% de la evaluación anual
Número Acción	1	
Acciones y/o Metas Específicas	Resolución del <b>15,0%</b> de su universo total según la meta definida para SS.	





Medios de Verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL	
Fórmula de Cálculo:	(Número de casos resueltos de la lista de espera de intervenciones quirúrgicas electivas, según meta ajustada para el Servicio de Salud en el periodo / Número total de casos comprometidos a resolver de la lista de espera de intervenciones quirúrgicas electivas, según meta ajustada para el Servicio de Salud) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 15,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>12,0% ≤ X &lt; 15,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>9,0% ≤ X &lt; 12,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>6,0% ≤ X &lt; 9,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 6,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	40,0%	
Número Acción	2	
Acciones y/o Metas Específicas	Resolución de <b>100,0%</b> de casos con fecha de ingreso según meta definida para SS	
Medios de Verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL	
Fórmula de Cálculo:	(Número de casos resueltos de la lista de espera de intervenciones quirúrgicas electivas, según meta ajustada para el Servicio de Salud en el periodo / Número total de casos comprometidos a resolver de la lista de espera de intervenciones quirúrgicas electivas, según meta ajustada para el Servicio de Salud en el periodo) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>85,0% ≤ X &lt; 100,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>70,0% ≤ X &lt; 85,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>55,0% ≤ X &lt; 70,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 55,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	40,0%	
Número Acción	3	
Acciones y/o Metas Específicas	Resolución del <b>100,0%</b> de casos SENAME según la meta definida para SS.	
Medios de Verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL	
Fórmula de Cálculo:	Número de casos abiertos de la lista de espera por intervenciones quirúrgicas electivas, correspondientes a casos de usuarios SENAME, <b>con fecha de entrada mayor a 1 año.</b>	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = 0</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &gt; 0</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	10,0%	
Número Acción	4	
Acciones y/o Metas Específicas	Resolución del <b>15,0%</b> del universo total de usuarios PRAIS primera generación con fecha de ingreso igual o anterior al 30 de junio de 2020.	
Medios de Verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL	
Fórmula de Cálculo:	(Número de casos egresados de la lista de espera de usuarios PRAIS por consultas nuevas de especialidades odontológicas de la Red Asistencial del universo comprometido en el periodo / Total de casos a resolver de la lista de espera de usuarios PRAIS por consultas nuevas de especialidades odontológicas de la Red Asistencial comprometidos en el periodo) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 15,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>12,0% ≤ X &lt; 15,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>9,0% ≤ X &lt; 12,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>6,0% ≤ X &lt; 9,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 6,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	10,0%	



II Corte		25% de la evaluación anual
Número Acción	5	
Acciones y/o Metas Específicas	Resolución del <b>45,0%</b> de su universo total según la meta definida para SS.	
Medios de Verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL	
Fórmula de Cálculo:	(Número de casos resueltos de la lista de espera de intervenciones quirúrgicas electivas, según meta ajustada para el Servicio de Salud en el periodo / Número total de casos comprometidos a resolver de la lista de espera de intervenciones quirúrgicas electivas, según meta ajustada para el Servicio de Salud) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 45,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>35,0% ≤ X &lt; 45,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>25,0% ≤ X &lt; 35,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>15,0% ≤ X &lt; 25,0%</b>	<b>25,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	40,0%	
Número Acción	6	
Acciones y/o Metas Específicas	Resolución de <b>100,0%</b> de casos con fecha de ingreso según meta definida para SS	
Medios de Verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL	
Fórmula de Cálculo:	(Número de casos resueltos de la lista de espera de intervenciones quirúrgicas electivas, según meta ajustada para el Servicio de Salud en el periodo / Número total de casos comprometidos a resolver de la lista de espera de intervenciones quirúrgicas electivas, según meta ajustada para el Servicio de Salud en el periodo) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>85,0% ≤ X &lt; 100,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>70,0% ≤ X &lt; 85,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>55,0% ≤ X &lt; 70,0%</b>	<b>25,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	40,0%	
Número Acción	7	
Acciones y/o Metas Específicas	Resolución del <b>100,0%</b> de casos SENAME según la meta definida para SS.	
Medios de Verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL	
Fórmula de Cálculo:	Número de casos abiertos de la lista de espera por intervenciones quirúrgicas electivas, correspondientes a casos de usuarios SENAME, <b>con fecha de entrada mayor a 1 año.</b>	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = 0</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &gt; 0</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	10,0%	
Número Acción	8	
Acciones y/o Metas Específicas	Resolución del <b>45,0%</b> del universo total de usuarios PRAIS primera generación con fecha de ingreso igual o anterior al 30 de junio de 2020.	
Medios de Verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL	
Fórmula de Cálculo:	(Número de casos resueltos de la lista de espera de intervenciones quirúrgicas electivas, de usuarios PRAIS primera generación, según meta para el Servicio de Salud en el periodo / Número total de casos comprometidos a resolver de la lista de espera de intervenciones quirúrgicas electivas, de usuarios PRAIS primera generación, según meta para el Servicio de Salud) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 45,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>35,0% ≤ X &lt; 45,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>25,0% ≤ X &lt; 35,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>15,0% ≤ X &lt; 25,0%</b>	<b>25,0%</b>



	<b>X &lt; 15,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	10,0%	

<b>III Corte</b>		<b>25% de la evaluación anual</b>
Número Acción	<b>9</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Resolución del <b>70,0%</b> de su universo total según la meta definida para SS.	
Medios de Verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL	
Fórmula de Cálculo:	(Número de casos resueltos de la lista de espera de intervenciones quirúrgicas electivas, según meta ajustada para el Servicio de Salud en el periodo / Número total de casos comprometidos a resolver de la lista de espera de intervenciones quirúrgicas electivas, según meta ajustada para el Servicio de Salud) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 70,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>60,0% ≤ X &lt; 70,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>50,0% ≤ X &lt; 60,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>40,0% ≤ X &lt; 50,0%</b>	<b>25,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	40,0%	
Número Acción	<b>10</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Resolución de <b>100,0%</b> de casos con fecha de ingreso según meta definida para SS	
Medios de Verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL	
Fórmula de Cálculo:	(Número de casos resueltos de la lista de espera de intervenciones quirúrgicas electivas, según meta ajustada para el Servicio de Salud en el periodo / Número total de casos comprometidos a resolver de la lista de espera de intervenciones quirúrgicas electivas, según meta ajustada para el Servicio de Salud en el periodo) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>85,0% ≤ X &lt; 100,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>70,0% ≤ X &lt; 85,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>55,0% ≤ X &lt; 70,0%</b>	<b>25,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	40,0%	
Número Acción	<b>11</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Resolución del <b>100,0%</b> de casos SENAME según la meta definida para SS.	
Medios de Verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL	
Fórmula de Cálculo:	Número de casos abiertos de la lista de espera por intervenciones quirúrgicas electivas, correspondientes a casos de usuarios SENAME, <b>con fecha de entrada mayor a 1 año.</b>	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = 0</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &gt; 0</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	10,0%	
Número Acción	<b>12</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Resolución del <b>70,0%</b> del universo total de usuarios PRAIS primera generación con fecha de ingreso igual o anterior al 30 de junio de 2020.	
Medios de Verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL	
Fórmula de Cálculo:	(Número de casos resueltos de la lista de espera de intervenciones quirúrgicas electivas, de usuarios PRAIS primera generación, según meta para el Servicio de Salud en el periodo / Número total de casos comprometidos a resolver de la lista de espera de intervenciones quirúrgicas electivas, de usuarios PRAIS primera generación, según meta para el Servicio de Salud) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 70,0%</b>	<b>100,0%</b>



	$60,0\% \leq X < 70,0\%$	<b>75,0%</b>
	$50,0\% \leq X < 60,0\%$	<b>50,0%</b>
	$40,0\% \leq X < 50,0\%$	<b>25,0%</b>
	$X < 40,0\%$	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	10,0%	

IV Corte		30% de la evaluación anual
Número Acción	<b>13</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Resolución del <b>100,0%</b> de su universo total según la meta definida para SS.	
Medios de Verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL	
Fórmula de Cálculo:	(Número de casos resueltos de la lista de espera de intervenciones quirúrgicas electivas, según meta ajustada para el Servicio de Salud en el periodo / Número total de casos comprometidos a resolver de la lista de espera de intervenciones quirúrgicas electivas, según meta ajustada para el Servicio de Salud) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	$X \geq 100,0\%$	<b>100,0%</b>
	$90,0\% \leq X < 100,0\%$	<b>75,0%</b>
	$80,0\% \leq X < 90,0\%$	<b>50,0%</b>
	$70,0\% \leq X < 80,0\%$	<b>25,0%</b>
	$X < 70,0\%$	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	40,0%	
Número Acción	<b>14</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Resolución de <b>100,0%</b> de casos con fecha de ingreso según meta definida para SS	
Medios de Verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL	
Fórmula de Cálculo:	(Número de casos resueltos de la lista de espera de intervenciones quirúrgicas electivas, según meta ajustada para el Servicio de Salud en el periodo / Número total de casos comprometidos a resolver de la lista de espera de intervenciones quirúrgicas electivas, según meta ajustada para el Servicio de Salud en el periodo) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	$X \geq 100,0\%$	<b>100,0%</b>
	$85,0\% \leq X < 100,0\%$	<b>75,0%</b>
	$70,0\% \leq X < 85,0\%$	<b>50,0%</b>
	$55,0\% \leq X < 70,0\%$	<b>25,0%</b>
	$X < 55,0\%$	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	40,0%	
Número Acción	<b>15</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Resolución del <b>100,0%</b> de casos SENAME según la meta definida para SS.	
Medios de Verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL	
Fórmula de Cálculo:	Número de casos abiertos de la lista de espera por intervenciones quirúrgicas electivas, correspondientes a casos de usuarios SENAME, <b>con fecha de entrada mayor a 1 año.</b>	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	$X = 0$	<b>100,0%</b>
	$X > 0$	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	10,0%	
Número Acción	<b>16</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Resolución del <b>100,0%</b> del universo total de usuarios PRAIS primera generación con fecha de ingreso igual o anterior al 30 de junio de 2020.	
Medios de Verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL	
Fórmula de Cálculo:	(Número de casos resueltos de la lista de espera de intervenciones quirúrgicas electivas, de usuarios PRAIS primera generación, según meta para el Servicio de Salud en el periodo / Número	



total de casos comprometidos a resolver de la lista de espera de intervenciones quirúrgicas electivas, de usuarios PRAIS primera generación, según meta para el Servicio de Salud) x 100.

Cálculo del Cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	$X \geq 100,0\%$	100,0%
	$90,0\% \leq X < 100,0\%$	75,0%
	$80,0\% \leq X < 90,0\%$	50,0%
	$70,0\% \leq X < 80,0\%$	25,0%
	$X < 70,0\%$	0,0%
Ponderación al Corte de la Acción	10,0%	

### Notas del Indicador:

1. Se entregará línea de base y meta de resolución por cada corte, tanto en volumen como anualidad ajustada para cada Servicio de Salud, con el informe de la Glosa 6 de corte de diciembre 2020.
2. La totalidad de los registros adicionales que son producto de regularizaciones durante el año 2021, que corresponden a la meta de este Compromiso de Gestión y que no estaban contenidos en el universo línea de base, deberán quedar resueltos en 100% para último corte.
3. Sobre la resolución del universo de usuarios PRAIS Primera Generación, consultar el Ordinario N° 5.217 del 13 de diciembre de 2018 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.
4. El calendario de corte de información será entregado dentro del primer trimestre del año 2021 previo a la evaluación.
5. La fuente oficial para trabajar estos indicadores es el SIGTE.
6. El cumplimiento del trabajo realizado para los COMGES se encuentra bajo el marco normativo vigente de gestión de Listas de Espera no GES, exigiendo la veracidad, oportunidad y completitud de la información declarada en SIGTE y sus respectivos respaldos de gestión.
7. Documentos de consulta y apoyo al desarrollo del COMGES:
  - a. Decreto: Aprueba norma técnica sobre estándares de información de Salud.
  - b. Resolución Exenta N° 502, aprueba Norma Técnica 118 y sus modificaciones.
  - c. Manual: Procesos de Registro de Lista de Espera no GES.
  - d. Mapa de Proceso de atención de salud 2015.
  - e. Gestión de Indicaciones 2015.
  - f. Atención Ambulatoria de Especialidades 2015.
  - g. Manual de Agenda 2020.
8. Los traslados coordinados, las casuales 3 vigentes y las postergaciones vigentes al cierre del trimestre, se descuentan específicamente en corte a evaluar.
9. Los universos de casos priorizados como el SENAME y PRAIS serán recalculados en cada trimestre, así reconocer los usuarios que cumplen el criterio y presentan LE Abierta en dichos trimestres, los que serán exigido egresar en el trimestre posterior.



**COMPROMISO DE GESTIÓN N°6  
FORTALECIMIENTO DE LA SALUD  
BUCAL**



<b>Ámbito RISS:</b>	Modelo Asistencial.
<b>Atributo:</b>	2. Una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, gestión de enfermedades, y cuidados paliativos, y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud personales y los servicios de salud pública. 3. Un primer nivel de atención multidisciplinario que cubre a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población.

## Objetivo General

Mejorar el funcionamiento y coordinación de la atención en los distintos niveles de la Red Asistencial Odontológica para las personas que requieren Consulta Nueva de Especialidad Odontológica, con foco de resolución en la priorización por antigüedad.

## Objetivos Específicos

- Resolver casos en espera de atención de Consulta Nueva de Especialidad Odontológica de Prótesis Removable, Endodoncia y Periodoncia, ingresadas a Sistema Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE) con fecha igual o anterior al 31 de diciembre año 2020, mediante utilización de un 15,0% del Programa de Reforzamiento Odontológico de la Atención Primaria de Salud.
- Resolver casos en espera de atención de Consulta Nueva de Especialidad Odontológica ingresada a Sistema Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE), según meta definida para cada Servicio de Salud, basado en programación de horas de consultas nuevas y análisis realizado de capacidad de egresos en la antigüedad por cada Servicio de Salud.
- Promover la coordinación y el trabajo conjunto entre los distintos niveles de atención a través del Modelo Odontológico Integrado (ROI).
- Implementar mecanismos de coordinación para fortalecer la Red Odontológica Integrada a través de protocolos de referencia y contrarreferencia, odontólogos contralores, capacitación y teleodontología.
- Estandarizar carteras de servicios y flujos de derivación entre los distintos niveles de atención.
- Evaluar la funcionalidad de la Red Asistencial Odontológica en el nivel secundario a través de indicadores de eficiencia.

## Marco Referencial y Consideraciones Técnicas

La responsabilidad de resolver la espera de atenciones es del sector en su conjunto, el nivel central desde su rol regulador, contribuye en la formulación de ejes orientadores y coordinación de los esfuerzos requeridos, potenciando las capacidades del trabajo en Red, además de monitorear y evaluar la implementación de estrategias de resolución.

Asimismo, la Red Asistencial debe abordar la resolución de casos en espera por atención, determinando la demanda y la oferta, además de identificar nodos críticos para focalizar la programación anual de actividades y articular los mecanismos de coordinación en un marco de redes integradas.



El tiempo de espera por atención, se define como el tiempo transcurrido entre la fecha de entrada a la lista y la fecha de salida de ésta; en fórmula corresponde a la diferencia de días entre ambas fechas.

Se deberá entender como fecha de entrada, a la fecha en la cual se indicó la realización de la atención, es decir, una evaluación de especialidad, una intervención quirúrgica o un determinado procedimiento; y como fecha de salida, aquella en la cual se realizó la atención, o se identificó alguna de las otras causales de salida.

Es necesario que el método de registro y la formulación de estrategias para resolver los tiempos de espera de atenciones, incorpore un cambio significativo, desde un enfoque centrado en el “número de usuarios en espera” a “tiempos de espera individuales”.

Para este año se espera focalizar el trabajo en las Listas de Espera de Consulta de Especialidad Odontológicas, a modo de garantizar una correcta gestión clínica y administrativa en este universo de usuarios, para mejorar la oportunidad de atención. Se pretende además, relevar el rol fundamental que ejercen los equipos administrativos centralizados en SOME, a fin de optimizar la oferta de horas de especialidad disponibles en la Red.

Los indicadores relacionados a Lista de Espera definidos para este Compromiso de Gestión, se enfocan en la gestión de casos con mayor antigüedad en espera, junto con la complejidad clínica de los casos. Los resultados obtenidos han sido en general favorables, ya que, se ha producido el egreso en la magnitud esperada, evidenciando que existe capacidad aún suficiente para dar respuestas a las justas demandas de las personas que están en espera por una Consulta Nueva de Especialidad.

Aspectos que requieren una efectiva coordinación se relacionan con el egreso de casos más antiguos, dado los problemas de contactabilidad y complejidad clínica implícitos. No obstante, aparte de incidir en el incumplimiento de los promedios de espera, es un imperativo resolver el 100% del universo de pacientes en espera ingresados en el sistema. Asimismo, la protección de cupos en agenda para el grupo de pacientes con mayor antigüedad a resolver y priorizados por SENAME o PRAIS Primera Generación, debe ser una de las estrategias a considerar.

La planificación y seguimiento de las agendas de especialidades odontológicas a través de una Programación en Red ajustada a la demanda histórica y proyectada, como también el incentivo de consultas mediante Telemedicina, permitirán la disminución de las Lista de Espera por Consultas Nuevas de Especialidad.

Los cortes de evaluación serán trimestrales, no obstante, se realizará un monitoreo mensual, en base a los registros de la plataforma SIGTE, con el objetivo de conocer los principales nodos críticos y las estrategias implementadas para impactar en la resolución de Listas de Espera, contribuyendo a mantener una comunicación fluida e implementar estrategias de colaboración, si así se requiere.

Se espera que durante el desarrollo de este Compromiso de Gestión, los equipos a cargo de gestión de demanda de los Servicios de Salud y establecimientos, generen la identificación de los principales nodos críticos y las estrategias para impactar en la resolución de Listas de Espera, por ejemplo, los ajustes en la programación de





especialidad que permitan priorizar el porcentaje necesario de la oferta para resolver listas de pacientes priorizadas.

## Coordinación en Red.

Bajo la perspectiva de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), el usuario fluye por distintos niveles de atención, siendo fundamental contar con información necesaria que permita generar continuidad de sus cuidados (trazabilidad), lograr resolución de su problema de salud y que lo anterior sea realizado de manera organizada, coordinada, eficaz y eficiente.

Por consiguiente, se hace indispensable que los establecimientos tengan una adecuada comunicación y coordinación, de manera formal, a través de sistemas informatizados que permitan la debida interacción en tiempo real. O por el contrario, se trabaje en un sistema manual que logre los objetivos ya mencionados. Para que se materialice esta comunicación formal, el Servicio de Salud debe contar con Protocolos de Referencia y Contrarreferencia que permita articular los diferentes establecimientos de la Red y logre el objetivo de permitir una fluidez en la derivación del usuario desde Atención Primaria de Salud hacia la atención de un especialista cuando su condición clínica lo requiera, y éste trate y solucione su problema de salud para que vuelva a su centro de origen.

Con el fin de poder ahondar en esta temática, se sugiere revisar los siguientes documentos disponibles en página web MINSAL:

- Orientaciones para la Planificación y Programación en Red, 2021. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- Protocolo de Referencia y Contrarreferencia, 2015. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- Protocolos Resolutivos en Red, 2015. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- Conjunto mínimo de datos en el envío de Interconsultas SIDRA. Ministerio de Salud. Tecnologías de Información y Comunicaciones.
- Protocolos Nacionales de Referencia y Contrarreferencia. Departamento Odontológico, 2019-2020.

Consideraciones Técnicas:

1. El Servicio de Salud deberá definir y convocar a participantes claves para la implementación de los Protocolos de Referencia y Contrarreferencia en Red. Deben participar representantes de los diferentes niveles de atención (primario, secundario y terciario) desde un punto de vista clínico, administrativo e informático.
2. El Servicio de Salud velará que el Protocolo de Referencia y Contrarreferencia en Red cuente con un formato y contenido adecuado a realidad local para que la estrategia genere el impacto esperado.

## Definiciones y Terminología

- **Listas de Espera:** Es el registro de todas las personas que han recibido la indicación de atención, sea esta



de consulta ambulatoria de especialidad médica u odontológica, procedimiento en atención especializada e intervención quirúrgica programada, por un profesional autorizado por la red, teniendo documentada tal solicitud en el formulario correspondiente. La inclusión en el registro debe considerar, a todas las personas, aun cuando la atención requerida no forme parte de la cartera de servicios del establecimiento de referencia, en cuyo caso el gestor de red, debe resolver en primera instancia a través de la oferta de su red o en su defecto mediante la gestión con otras redes.

- **SIGTE:** Sistema Informático de Gestión de Tiempos de Espera, que contiene los datos de registro disponibles y en línea de las Listas de Espera de Consultas Nuevas de Especialidades Médicas y Odontológicas y de Intervenciones Quirúrgicas Electivas.
- **Entrada a SIGTE de consultas:** La entrada al registro de Listas de Espera, corresponde a la fecha de indicación de dichas atenciones, realizada por el médico u otro profesional autorizado, documentado en el formulario correspondiente. Esta fecha de indicación corresponderá tanto para las indicaciones desde APS como niveles secundarios y terciarios, según los flujogramas acordados en cada red de Servicio.
- **Causal de Egreso:** Indica las causales de salida de la Lista de Espera de un paciente definidas según Norma Técnica N°118 del año 2011 y sus actualizaciones.
- **Volumen:** Resolución de la totalidad del número de las personas en Lista de Espera de Consulta Nueva de Especialidad, según meta indicada para Servicio de Salud, en base a registros SIGTE.
- **Anualidad:** Es el año de entrada de las personas en Lista de Espera de Consulta Nueva de Especialidad.
- **Programa de Refuerzo de la Atención Primaria de Salud (PRAPS):** Se originan en el año 1990, en el marco de una definición del Ministerio de Salud orientado a dar prioridad a su estrategia de Atención Primaria. Su objetivo es resolver los problemas más urgentes de acceso, capacidad resolutive y cobertura asistencial.
- **Odontólogo Gestor de la Demanda:** Su objetivo está orientado a mejorar la atención integral de los usuarios, haciendo efectiva la integración de las Redes Asistenciales, en aspectos de referencia y contrarreferencia (de acuerdo a los protocolos vigentes en la red), de solicitud de interconsulta (SIC), exámenes diagnósticos y/o terapéuticos y toda otra necesidad de atención inter niveles, mediante el uso racional de los recursos de especialidades para resolver integralmente las atenciones. Tiene un rol en el cual preferentemente debe ser desarrollado por un odontólogo o profesional entrenado, deberá potenciar las consultorías y reuniones clínicas que aporten a los equipos de salud, la mejoría de capacidad diagnóstica y/o de derivación pertinente. Principales Actividades de este cargo:
  - Manejar y difundir en la red local protocolos y flujogramas de derivación de patologías según compromisos y requerimientos de su red.
  - Tomar conocimiento, revisar y validar las solicitudes de interconsultas originadas en la red local e ingresada al módulo de listas de espera.
  - Colaborar en la reformulación de SIC mal emitidas y orientar su correcta emisión.
  - Recoger y gestionar contrarreferencias para su seguimiento.
  - Recoger las SIC no pertinentes devueltas desde especialidades y reorientar la atención de los usuarios.
- **Sistema de Referencia y Contrarreferencia:** Es el conjunto de actividades administrativas y asistenciales, que definen la referencia del usuario de un establecimiento de salud de menor a otro de mayor capacidad resolutive y la contrarreferencia de éste a su establecimiento de origen, a objeto de asegurar la continuidad de atención y cuidado de su salud.
- **Referencia (sinónimo de derivación):** Es la solicitud de evaluación diagnóstica y/o tratamiento de un paciente derivado de un establecimiento de salud de menor capacidad resolutive a otro de mayor



capacidad, con la finalidad de asegurar la continuidad de la prestación de servicio y resolución integral del problema de salud.

- **Contrarreferencia:** Es la respuesta del especialista, dirigida al profesional del establecimiento o Servicio Clínico de origen del paciente, respecto de la interconsulta solicitada. Es aquel procedimiento, mediante el cual se retorna al paciente al establecimiento de origen y/o al que pudiese asegurar la continuidad del caso, luego de haberse atendido satisfactoriamente el requerimiento. Este procedimiento debe incluir la respuesta del especialista respecto de la interconsulta solicitada. La contrarreferencia se incorpora en dos instancias:
  - Cuando el paciente recibe su primera atención (consulta nueva).
  - Al momento del alta del paciente de la patología por la cual fue derivado o que fue estabilizado y requiere continuidad de la atención con un plan terapéutico definido.
- **Protocolo de Referencia y Contrarreferencia:** Son instrumentos de aplicación, eminentemente práctica que determinan los procedimientos administrativos y asistenciales requeridos para efectuar la referencia y contrarreferencia de los usuarios entre establecimientos de la red asistencial, que deben ser elaborados y validados por la red asistencial donde se aplican.
- **Interconsulta:** Derivación de un paciente por parte del médico o profesional tratante a otro profesional sanitario, para ofrecer una atención complementaria tanto para su diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación.
- **Consulta pertinente según Protocolo de Referencia y Contrarreferencia:** Corresponde a la evaluación que realiza el odontólogo especialista como parte de las actividades de la primera atención realizada al paciente, de los criterios de derivación registrados en la SIC. Se considera pertinente, aquella derivación que cumple con los protocolos de referencia.
- **Consulta pertinente según condición clínica:** Corresponde a la evaluación clínica que realiza el odontólogo especialista como parte de las actividades de la primera atención, de la condición de salud actual del paciente, a través de la anamnesis y examen clínico. Se considera pertinente, aquella derivación que cumple con los criterios clínicos para cada especialidad.
- **Protocolo resolutivo:** Documento que contiene un conjunto de recomendaciones sobre procedimientos diagnósticos y terapéuticos, con tiempos definidos para la resolución eficiente de una patología.
- **Tiempo de resolución:** Medición del tiempo desde el ingreso de la interconsulta al alta del paciente por la patología protocolizada.
- **Consulta nueva de especialidad:** Corresponde a la primera atención del paciente derivado a consulta de especialidad, generada por un episodio de enfermedad, en la cual el especialista evaluará el ingreso a tratamiento según la pertinencia, de acuerdo a los criterios de referencia previamente definidos. Se considerará consulta nueva, toda primera consulta gestionada a través de interconsulta, independiente que el paciente haya sido atendido en otra ocasión en la especialidad.
- **Control de especialidad:** Corresponde a las atenciones posteriores a la primera consulta, que requiere cada paciente para dar solución al problema de salud por el cual fue derivado, cuyo objetivo es completar el estudio, tratamiento y/o seguimiento. Se registra tantas veces como sesiones requiera el paciente para resolver de manera integral su problema de salud.
- **Ingreso a tratamiento en la especialidad:** Corresponde a la consulta en que se inicia el tratamiento odontológico, luego de la evaluación realizada en una primera consulta de un paciente que ha sido referido a la especialidad (ya sea desde la red o derivado internamente desde otras especialidades).
- **Alta de tratamiento de la especialidad:** Corresponde a la consulta en que se finaliza el tratamiento de



odontología de especialidad, por el cual fue derivado el paciente. Aplica registro de alta por cada ingreso y especialidad que el usuario haya tenido.

- **Control de especialidad post alta:** Corresponde a los controles de seguimiento, posteriores al alta integral de paciente.
- **Alta administrativa:** Corresponde al alta dada en condiciones no clínicas. Aplica el registro por las siguientes causas, inasistencia continuada a controles de tratamiento por un período igual o superior a 6 meses, el paciente que no sigue indicaciones del profesional, tres inasistencias a tratamientos, ausencia a controles por 6 meses (a pesar de recaptación), el paciente no se adhiere a tratamiento según norma establecida y el paciente rechaza la atención del profesional.
- **Número de unidades dentales en dotación:** Corresponde a la cantidad de unidades dentales asignados al establecimiento, instalados y dispuestos para realizar una atención odontológica. Para la medición del indicador, se evaluarán todos los sillones dentales que estén en los establecimientos de mediana y alta complejidad. Solo se excluyen los sillones dentales que se encuentran en los Servicios de Urgencias.
- **Total de horas semanales disponibles de sillón dental:** Cada sillón dental debe estar disponible 40,25 horas semanales.
- **Índice Ocupación Dental (IOD):** Cociente entre la ocupación observada en el sillón dental en base a la producción y la ocupación esperada según un estándar de un 85% de ocupación.

## Nombre del Indicador

- **6.1** Porcentaje de utilización del Programa de Reforzamiento Odontológico de Atención Primaria de Salud (PRAPS) en la atención de casos de Lista de Espera de Consultas Nuevas en las Especialidades Odontológicas de Prótesis Removible, Endodoncia y Periodoncia.
- **6.2** Porcentaje de disminución de la Lista de Espera por Consultas Nuevas de Especialidades Odontológicas de la Red Asistencial.
- **6.3** Porcentaje de cumplimiento de las acciones para el fortalecimiento de la salud bucal en el periodo.
- **6.4** Índice de Ocupación Dental (IOD) del Servicio de Salud en el periodo.

## Meta Nacional Año 2021

- Resolver casos de Lista de Espera de atención de consultas nuevas de especialidades odontológicas de Prótesis Removible, Endodoncia y Periodoncia, ingresados al Sistema Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE) con fecha igual o anterior al **31 de diciembre de 2020**, mediante la utilización de al menos un **15,0%** del Programa de Reforzamiento Odontológico de la Atención Primaria de Salud (PRAPS).
- Cumplir con el porcentaje de disminución de Lista de Espera por Consulta Nueva de Especialidad Odontológica, según meta definida para el Servicio de Salud.
- Realizar un **100,0%** de las actividades de coordinación en la Red Odontológica solicitadas para el año 2021.
- Lograr un **100,0%** en la ejecución de los Planes de Implementación de los Protocolos de Referencia y Contrarreferencia en Red solicitados para el año 2021.
- Alcanzar un porcentaje de ocupación de la oferta de sillones dentales disponibles en el Servicio de Salud de un **85,0%**.



## Metodología de Evaluación

Indicador	Ponderación por Corte
6.1 Porcentaje de utilización del Programa de Reforzamiento Odontológico de Atención Primaria de Salud (PRAPS) en la atención de casos de Lista de Espera de Consultas Nuevas en las Especialidades Odontológicas de Prótesis Removible, Endodoncia y Periodoncia.	0,5%
6.2 Porcentaje de disminución de la Lista de Espera por Consultas Nuevas de Especialidades Odontológicas de la Red Asistencial.	2,0%
6.3 Porcentaje de cumplimiento de las acciones para el fortalecimiento de la salud bucal en el periodo.	0,5%
6.4 Índice de Ocupación Dental (IOD) del Servicio de Salud en el periodo.	1,0%

### Ficha General Indicador

Nombre del Indicador	<b>6.1 Porcentaje de utilización del Programa de Reforzamiento Odontológico de Atención Primaria de Salud (PRAPS) en la atención de casos de Lista de Espera de Consultas Nuevas en las Especialidades Odontológicas de Prótesis Removible, Endodoncia y Periodoncia.</b>
Fórmula de Cálculo	(Número de casos con fecha de ingreso igual o inferior al 31 de diciembre de 2020, egresados de la Lista de Espera por causales 1, 16 y 18, realizadas por establecimientos de Atención Primaria de Salud en el periodo / Total ejecución Programa de Reforzamiento Odontológico de la Atención Primaria de Salud Consulta Nueva de Especialidad Odontológica de Prótesis Removible, Endodoncia y Periodoncia en el año 2021) x 100.
Fuente de Datos	Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE).

### Metas y Ponderaciones por Corte

	I Corte	20% de la evaluación anual
Número Acción	1	
Acciones y/o Metas Específicas	Levantamiento de la oferta de Programas de Reforzamiento Odontológicos en la Atención Primaria de Salud y listado de casos de Lista de Espera por Consulta Nueva de Especialidad Odontológica de Prótesis Removible, Endodoncia y Periodoncia con fecha de corte al 31 de marzo de 2021.	
Medios de Verificación	i. Ordinario emitido por el Director del Servicio de Salud donde se indique la oferta de canastas PRAPS por establecimiento (con nombre actual y código DEIS). ii. Envío planilla formato excel con la oferta de PRAPS por establecimiento.	
Fórmula de Cálculo:	(Número de actividades realizadas en el periodo t / Número de actividades solicitadas en el periodo t) x 100	
Cálculo del Cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	X = 100,0%	100,0%
	X < 100,0%	0%
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

	II Corte	25% de la evaluación anual
Número Acción	2	
Acciones y/o Metas Específicas	Utilización de al menos un <b>5,0%</b> del Programa de Reforzamiento Odontológico de la Atención Primaria de Salud ejecutado, para egresar casos de la Lista de Espera por Consultas Nuevas de Especialidades Odontológicas de Prótesis Removible, Endodoncia y Periodoncia.	
Medios de Verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL	
Fórmula de Cálculo:	(Número de casos con fecha de ingreso igual o inferior al 31 de diciembre de 2020, egresados de	



la Lista de Espera por causales 1, 16 y 18, realizadas por establecimientos de Atención Primaria de Salud en el periodo / Total ejecución Programa de Reforzamiento Odontológico de la Atención Primaria de Salud Consulta Nueva de Especialidad Odontológica de Prótesis Removible, Endodoncia y Periodoncia en el año 2021) x 100.

Cálculo del Cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	$X \geq 5,0\%$	100,0%
	$3,75\% \leq X < 5,0\%$	75,0%
	$2,5\% \leq X < 3,75\%$	50,0%
	$1,25\% \leq X < 2,5\%$	25,0%
	$X < 1,25\%$	0,0%
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

III Corte		25% de la evaluación anual
Número Acción	3	
Acciones y/o Metas Específicas	Utilización de al menos un <b>10,0%</b> del Programa de Reforzamiento Odontológico de la Atención Primaria de Salud ejecutado, para egresar casos de la Lista de Espera por Consultas Nuevas de Especialidades Odontológicas de Prótesis Removible, Endodoncia y Periodoncia.	
Medios de Verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL	
Fórmula de Cálculo:	(Número de casos con fecha de ingreso igual o inferior al 31 de diciembre de 2020, egresados de la Lista de Espera por causales 1, 16 y 18, realizadas por establecimientos de Atención Primaria de Salud en el periodo / Total ejecución Programa de Reforzamiento Odontológico de la Atención Primaria de Salud Consulta Nueva de Especialidad Odontológica de Prótesis Removible, Endodoncia y Periodoncia en el año 2021) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	$X \geq 10,0\%$	100,0%
	$7,5\% \leq X < 10,0\%$	75,0%
	$5,0\% \leq X < 7,5\%$	50,0%
	$2,5\% \leq X < 5,0\%$	25,0%
	$X < 2,5\%$	0,0%
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

IV Corte		30% de la evaluación anual
Número Acción	4	
Acciones y/o Metas Específicas	Utilización de al menos un <b>15,0%</b> del Programa de Reforzamiento Odontológico de la Atención Primaria de Salud ejecutado, para egresar casos de la Lista de Espera por Consultas Nuevas de Especialidades Odontológicas de Prótesis Removible, Endodoncia y Periodoncia.	
Medios de Verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL	
Fórmula de Cálculo:	(Número de casos con fecha de ingreso igual o inferior al 31 de diciembre de 2020, egresados de la Lista de Espera por causales 1, 16 y 18, realizadas por establecimientos de Atención Primaria de Salud en el periodo / Total ejecución Programa de Reforzamiento Odontológico de la Atención Primaria de Salud Consulta Nueva de Especialidad Odontológica de Prótesis Removible, Endodoncia y Periodoncia en el año 2021) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	$X \geq 15,0\%$	100,0%
	$11,25\% \leq X < 15,0\%$	75,0%
	$7,5\% \leq X < 11,25\%$	50,0%
	$3,75\% \leq X < 7,5\%$	25,0%
	$X < 3,75\%$	0,0%
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	



Ficha General Indicador

Nombre del Indicador	<b>6.2 Porcentaje de disminución de la Lista de Espera por Consultas Nuevas de Especialidades Odontológicas de la Red Asistencial.</b>
Fórmula de Cálculo	(Número de casos egresados de la Lista de Espera por consultas nuevas de especialidades odontológicas de la Red Asistencial en el periodo / Total de casos a resolver de la Lista de Espera por consultas nuevas de especialidades odontológicas de la Red Asistencial durante el año 2021) x 100.
Fuente de Datos	Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE).

Metas y Ponderaciones por Corte

I Corte		20% de la evaluación anual
Número Acción	1	
Acciones y/o Metas Específicas	Resolución del <b>15,0%</b> de su universo total según la meta definida para SS.	
Medios de Verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL	
Fórmula de Cálculo:	(Número de casos egresados de la Lista de Espera por consultas nuevas de especialidades odontológicas de la Red Asistencial del universo comprometido en el periodo / Total de casos a resolver de la Lista de Espera por consultas nuevas de especialidades odontológicas de la Red Asistencial comprometidos en el periodo) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 15,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>12,0% ≤ X &lt; 15,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>9,0% ≤ X &lt; 12,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>6,0% ≤ X &lt; 9,0%</b>	<b>25,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	40,0%	
Número Acción	2	
Acciones y/o Metas Específicas	Resolución de <b>100,0%</b> de casos con fecha de ingreso según meta definida para SS	
Medios de Verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL	
Fórmula de Cálculo:	(Número de casos egresados de la Lista de Espera por consultas nuevas de especialidades odontológicas de la Red Asistencial del universo comprometido en el periodo / Total de casos a resolver de la Lista de Espera por consultas nuevas de especialidades odontológicas de la Red Asistencial comprometidos en el periodo) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>85,0% ≤ X &lt; 100,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>70,0% ≤ X &lt; 85,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>55,0% ≤ X &lt; 70,0%</b>	<b>25,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	40,0%	
Número Acción	3	
Acciones y/o Metas Específicas	Resolución del <b>100,0%</b> de casos SENAME según la meta definida para SS.	
Medios de Verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL	
Fórmula de Cálculo:	Número de casos <b>abiertos</b> de la lista de espera por consultas nuevas de especialidades odontológicas de la Red Asistencial, correspondientes a casos de usuarios SENAME, con fecha de entrada mayor a 1 año	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = 0</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &gt; 0</b>	<b>0,0%</b>



Ponderación al Corte de la Acción	10,0%	
Número Acción	4	
Acciones y/o Metas Específicas	Resolución del <b>15,0%</b> del universo total de usuarios PRAIS primera generación con fecha de ingreso igual o anterior al 30 de junio de 2020.	
Medios de Verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL	
Fórmula de Cálculo:	(Número de casos egresados de la lista de espera de usuarios PRAIS por consultas nuevas de especialidades odontológicas de la Red Asistencial del universo comprometido en el periodo / Total de casos a resolver de la lista de espera de usuarios PRAIS por consultas nuevas de especialidades odontológicas de la Red Asistencial comprometidos en el periodo) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 15,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>12,0% ≤ X &lt; 15,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>9,0% ≤ X &lt; 12,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>6,0% ≤ X &lt; 9,0%</b>	<b>25,0%</b>
<b>X &lt; 6,0%</b>	<b>0,0%</b>	
Ponderación al Corte de la Acción	10,0%	

	<b>II Corte</b>	<b>25% de la evaluación anual</b>
Número Acción	5	
Acciones y/o Metas Específicas	Resolución del <b>45,0%</b> de su universo total según la meta definida para SS.	
Medios de Verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL	
Fórmula de Cálculo:	(Número de casos egresados de la Lista de Espera por consultas nuevas de especialidades odontológicas de la Red Asistencial del universo comprometido en el periodo / Total de casos a resolver de la Lista de Espera por consultas nuevas de especialidades odontológicas de la Red Asistencial comprometidos en el periodo) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 45,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>35,0% ≤ X &lt; 45,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>25,0% ≤ X &lt; 35,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>15,0% ≤ X &lt; 25,0%</b>	<b>25,0%</b>
<b>X &lt; 15,0%</b>	<b>0,0%</b>	
Ponderación al Corte de la Acción	40,0%	
Número Acción	6	
Acciones y/o Metas Específicas	Resolución de <b>100,0%</b> de casos con fecha de ingreso según meta definida para SS	
Medios de Verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL	
Fórmula de Cálculo:	(Número de casos egresados de la Lista de Espera por consultas nuevas de especialidades odontológicas de la Red Asistencial del universo comprometido en el periodo / Total de casos a resolver de la Lista de Espera por consultas nuevas de especialidades odontológicas de la Red Asistencial comprometidos en el periodo) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>85,0% ≤ X &lt; 100,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>70,0% ≤ X &lt; 85,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>55,0% ≤ X &lt; 70,0%</b>	<b>25,0%</b>
<b>X &lt; 55,0%</b>	<b>0,0%</b>	
Ponderación al Corte de la Acción	40,0%	
Número Acción	7	
Acciones y/o Metas Específicas	Resolución del <b>100,0%</b> de casos SENAME según la meta definida para SS.	
Medios de Verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL	
Fórmula de Cálculo:	Número de casos <b>abiertos</b> de la lista de espera por consultas nuevas de especialidades odontológicas de la Red Asistencial, correspondientes a casos de usuarios SENAME, con fecha de	





entrada mayor a 1 año

		Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
Cálculo del Cumplimiento:		<b>X = 0</b>	<b>100,0%</b>
		<b>X &gt; 0</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	10,0%		
Número Acción	<b>8</b>		
Acciones y/o Metas Específicas	Resolución del <b>45,0%</b> del universo total de usuarios PRAIS primera generación con fecha de ingreso igual o anterior al 30 de junio de 2020.		
Medios de Verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL		
Fórmula de Cálculo:	(Número de casos egresados de la lista de espera de usuarios PRAIS por consultas nuevas de especialidades odontológicas de la Red Asistencial del universo comprometido en el periodo / Total de casos a resolver de la lista de espera de usuarios PRAIS por consultas nuevas de especialidades odontológicas de la Red Asistencial comprometidos en el periodo) x 100.		
		Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
Cálculo del Cumplimiento:		<b>X ≥ 45,0%</b>	<b>100,0%</b>
		<b>35,0% ≤ X &lt; 45,0%</b>	<b>75,0%</b>
		<b>25,0% ≤ X &lt; 35,0%</b>	<b>50,0%</b>
		<b>15,0% ≤ X &lt; 25,0%</b>	<b>25,0%</b>
		<b>X &lt; 15,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	10,0%		

		III Corte	25% de la evaluación anual
Número Acción	<b>9</b>		
Acciones y/o Metas Específicas	Resolución del <b>70,0%</b> de su universo total según la meta definida para SS.		
Medios de Verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL		
Fórmula de Cálculo:	(Número de casos egresados de la Lista de Espera por consultas nuevas de especialidades odontológicas de la Red Asistencial del universo comprometido en el periodo / Total de casos a resolver de la Lista de Espera por consultas nuevas de especialidades odontológicas de la Red Asistencial comprometidos en el periodo) x 100.		
		Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
Cálculo del Cumplimiento:		<b>X ≥ 70,0%</b>	<b>100,0%</b>
		<b>60,0% ≤ X &lt; 70,0%</b>	<b>75,0%</b>
		<b>50,0% ≤ X &lt; 60,0%</b>	<b>50,0%</b>
		<b>40,0% ≤ X &lt; 50,0%</b>	<b>25,0%</b>
		<b>X &lt; 40,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	40,0%		
Número Acción	<b>10</b>		
Acciones y/o Metas Específicas	Resolución de <b>100,0%</b> de casos con fecha de ingreso según meta definida para SS		
Medios de Verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL		
Fórmula de Cálculo:	(Número de casos egresados de la Lista de Espera por consultas nuevas de especialidades odontológicas de la Red Asistencial del universo comprometido en el periodo / Total de casos a resolver de la Lista de Espera por consultas nuevas de especialidades odontológicas de la Red Asistencial comprometidos en el periodo) x 100.		
		Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
Cálculo del Cumplimiento:		<b>X ≥ 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
		<b>85,0% ≤ X &lt; 100,0%</b>	<b>75,0%</b>
		<b>70,0% ≤ X &lt; 85,0%</b>	<b>50,0%</b>
		<b>55,0% ≤ X &lt; 70,0%</b>	<b>25,0%</b>
		<b>X &lt; 55,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	40,0%		
Número Acción	<b>11</b>		



Acciones y/o Metas Específicas	Resolución del <b>100,0%</b> de casos SENAME según la meta definida para SS.	
Medios de Verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL	
Fórmula de Cálculo:	Número de casos <b>abiertos</b> de la lista de espera por consultas nuevas de especialidades odontológicas de la Red Asistencial, correspondientes a casos de usuarios SENAME, con fecha de entrada mayor a 1 año	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = 0</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &gt; 0</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	10,0%	
Número Acción	<b>12</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Resolución del <b>70,0%</b> del universo total de usuarios PRAIS primera generación con fecha de ingreso igual o anterior al 30 de junio de 2020.	
Medios de Verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL	
Fórmula de Cálculo:	(Número de casos egresados de la lista de espera de usuarios PRAIS por consultas nuevas de especialidades odontológicas de la Red Asistencial del universo comprometido en el periodo / Total de casos a resolver de la lista de espera de usuarios PRAIS por consultas nuevas de especialidades odontológicas de la Red Asistencial comprometidos en el periodo) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 70,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>60,0% ≤ X &lt; 70,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>50,0% ≤ X &lt; 60,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>40,0% ≤ X &lt; 50,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 40,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	10,0%	

	<b>IV Corte</b>	<b>30% de la evaluación anual</b>
Número Acción	<b>13</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Resolución del <b>100,0%</b> de su universo total según la meta definida para SS.	
Medios de Verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL	
Fórmula de Cálculo:	(Número de casos egresados de la Lista de Espera por consultas nuevas de especialidades odontológicas de la Red Asistencial del universo comprometido en el periodo / Total de casos a resolver de la Lista de Espera por consultas nuevas de especialidades odontológicas de la Red Asistencial comprometidos en el periodo) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>90,0% ≤ X &lt; 100,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>80,0% ≤ X &lt; 90,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>70,0% ≤ X &lt; 80,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 70,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	40,0%	
Número Acción	<b>14</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Resolución de <b>100,0%</b> de casos con fecha de ingreso según meta definida para SS	
Medios de Verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL	
Fórmula de Cálculo:	(Número de casos egresados de la Lista de Espera por consultas nuevas de especialidades odontológicas de la Red Asistencial del universo comprometido en el periodo / Total de casos a resolver de la Lista de Espera por consultas nuevas de especialidades odontológicas de la Red Asistencial comprometidos en el periodo) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>85,0% ≤ X &lt; 100,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>70,0% ≤ X &lt; 85,0%</b>	<b>50,0%</b>



	<b>55,0% ≤ X &lt; 70,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 55,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	40,0%	
Número Acción	<b>15</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Resolución del <b>100,0%</b> de casos SENAME según la meta definida para SS.	
Medios de Verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL	
Fórmula de Cálculo:	Número de casos <b>abiertos</b> de la lista de espera por consultas nuevas de especialidades odontológicas de la Red Asistencial, correspondientes a casos de usuarios SENAME, con fecha de entrada mayor a 1 año	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = 0</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &gt; 0</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	10,0%	
Número Acción	<b>16</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Resolución del <b>100,0%</b> del universo total de usuarios PRAIS primera generación con fecha de ingreso igual o anterior al 30 de junio de 2020.	
Medios de Verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL	
Fórmula de Cálculo:	(Número de casos egresados de la lista de espera de usuarios PRAIS por consultas nuevas de especialidades odontológicas de la Red Asistencial del universo comprometido en el periodo / Total de casos a resolver de la lista de espera de usuarios PRAIS por consultas nuevas de especialidades odontológicas de la Red Asistencial comprometidos en el periodo) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>90,0% ≤ X &lt; 100,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>80,0% ≤ X &lt; 90,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>70,0% ≤ X &lt; 80,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 70,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	10,0%	

Notas del Indicador:

1. Se entregará línea de base y meta de resolución por cada corte, tanto en volumen como anualidad ajustada para cada Servicio de Salud.
2. La totalidad de los registros adicionales que son producto de regularizaciones durante el año 2021, que corresponden a la meta de este Compromiso de Gestión y que no estaban contenidos en el universo línea de base, deberán quedar resueltos en 100% para último corte.
3. El calendario de corte de información será entregado dentro del primer trimestre del año 2021 previo a la evaluación.
4. La fuente oficial para trabajar estos indicadores es la plataforma SIGTE.
5. El cumplimiento del trabajo realizado para los COMGES se encuentra bajo el marco normativo vigente de gestión de Listas de Espera no GES, exigiendo la veracidad, oportunidad y completitud de la información declarada en SIGTE y sus respectivos respaldos de gestión.
6. Los traslados coordinados que iniciaron y terminaron su gestión durante el último trimestre del año 2021, no serán contabilizados en la evaluación, tanto para el Servicio de Salud de origen como de destino.

Ficha General Indicador



Nombre del Indicador	<b>6.3 Porcentaje de cumplimiento de las acciones para el fortalecimiento de la salud bucal en el periodo.</b>
Fórmula de Cálculo	(Número de acciones realizadas para el fortalecimiento de la salud bucal en el periodo / Número de acciones comprometidas para el fortalecimiento de la salud bucal en el periodo) x 100.
Fuente de Datos	Reportes en formato MINSAL.

### Metas y Ponderaciones por Corte

I Corte		25% de la evaluación anual	
Número Acción	1		
Acciones y/o Metas Específicas	Realizar una Jornada Virtual de coordinación de la Red Asistencial Odontológica en cada Servicio de Salud, con presentaciones de los referentes odontológicos de nivel primario y secundario.		
Medios de Verificación	i. Envío de informe que contenga el programa de la Jornada, presentaciones realizadas y listado de asistentes.		
Fórmula de Cálculo:	$(\text{Número de acciones cumplidas en el periodo } t / \text{Número de acciones solicitadas en el periodo } t) \times 100.$		
Cálculo del Cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado	
	X = 100,0%	100,0%	
	X < 100,0%	0,0%	
Ponderación al Corte de la Acción	30,0%		
Número Acción	2		
Acciones y/o Metas Específicas	Adaptación de los Protocolos de Referencia y Contrarreferencia Nacionales en las especialidades de Endodoncia, Odontopediatría y Periodoncia. Este proceso de adaptación se debe realizar con grupos de trabajo representativos de la Red Asistencial (especialistas, generales, administrativos, encargados de registro, etc.).		
Medios de Verificación	i. Envío de Protocolos confeccionados con su Resolución respectiva. ii. Ordinario de difusión a la Red de cada Servicio de Salud de los Protocolos confeccionados. ii. Acta(s) de reunión(es) junto a listados de asistencia, sobre la adaptación de los Protocolos.		
Fórmula de Cálculo:	$(\text{Número de acciones cumplidas en el periodo } t / \text{Número de acciones solicitadas en el periodo } t) \times 100.$		
Cálculo del Cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado	
	X = 100,0%	100,0%	
	X < 100,0%	0,0%	
Ponderación al Corte de la Acción	50,0%		
Número Acción	3		
Acciones y/o Metas Específicas	Cumplimiento de las actividades comprometidas para el corte en el Plan de Implementación de las especialidades de Rehabilitación Oral, Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial y Ortodoncia y Ortopedia Dento Maxilofacial.		
Medios de Verificación	i. Envío de los verificables de las actividades comprometidas para el corte		
Fórmula de Cálculo:	$(\text{Número de acciones cumplidas en el periodo } t / \text{Número de acciones solicitadas en el periodo } t) \times 100.$		
Cálculo del Cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado	
	X = 100,0%	100,0%	
	X < 100,0%	0,0%	
Ponderación al Corte de la Acción	20,0%		
II Corte		25% de la evaluación anual	
Número Acción	4		
Acciones y/o Metas Específicas	Realizar diagnóstico de la situación actual en las especialidades de Endodoncia, Odontopediatría y Periodoncia.		



Medios de Verificación	i. Envío en formato PDF diagnóstico de la situación actual en las especialidades de Endodoncia, Odontopediatría y Periodoncia.	
Fórmula de Cálculo:	$(\text{Número de acciones cumplidas del plan de acción en el periodo } t / \text{Número de acciones comprometidas en el plan de acción para el periodo } t) \times 100$	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	30,0%	
Número Acción	<b>5</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	<p>Diseñar un plan de implementación de los Protocolos de Referencia y Contrarreferencia Nacionales en las especialidades de Endodoncia, Odontopediatría y Periodoncia. Este plan debe contener como mínimo las siguientes actividades:</p> <p>a. Realizar al menos una reunión de difusión con los participantes principales del proceso de los diferentes niveles de atención.</p> <p>b. Realizar estrategias en relación a mejorar el registro en REM A09, Sección I de pertinencia por cada primera consulta.</p>	
Medios de Verificación	i. Envío Plan de implementación para los Protocolos de Referencia y Contrarreferencia en las especialidades de Endodoncia, Odontopediatría y Periodoncia.	
Fórmula de Cálculo:	$(\text{Número de acciones cumplidas en el periodo } t / \text{Número de acciones solicitadas en el periodo } t) \times 100.$	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	50,0%	
Número Acción	<b>6</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Cumplimiento de las actividades comprometidas para el corte en el Plan de Implementación de las especialidades de Rehabilitación Oral, Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial y Ortodoncia y Ortopedia Dento Maxilofacial.	
Medios de Verificación	i. Envío de los verificables de las actividades comprometidas para el corte	
Fórmula de Cálculo:	$(\text{Número de acciones cumplidas en el periodo } t / \text{Número de acciones solicitadas en el periodo } t) \times 100.$	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	20,0%	

	<b>III Corte</b>	<b>25% de la evaluación anual</b>
Número Acción	<b>7</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Lograr un <b>50,0%</b> de avance del Plan de Implementación de los Protocolos de Referencia y Contrarreferencia en las especialidades de Rehabilitación Oral, Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial y Ortodoncia y Ortopedia Dento Maxilofacial.	
Medios de Verificación	<p>i. Envío de informe que incluya: resumen y estrategias realizadas para la implementación de las tres especialidades</p> <p>ii. Envío de verificables comprometidos del Plan de Implementación para las tres especialidades</p>	
Fórmula de Cálculo:	$(\text{Número de acciones cumplidas en el periodo } t / \text{Número de acciones solicitadas en el periodo } t) \times 100.$	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	50,0%	



Número Acción	<b>8</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Cumplimiento de las actividades comprometidas para el corte en el Plan de Implementación de las especialidades de Rehabilitación Oral, Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial y Ortodoncia y Ortopedia Dento Maxilofacial.	
Medios de Verificación	i. Envío de los verificables de las actividades comprometidas para el corte	
Fórmula de Cálculo:	(Número de acciones cumplidas en el periodo t / Número de acciones solicitadas en el periodo t) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	50,0%	

<b>IV Corte</b>		<b>25% de la evaluación anual</b>
Número Acción	<b>9</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Realizar una Jornada Virtual de coordinación de la Red Asistencial Odontológica en cada Servicio de Salud, con presentaciones de los referentes odontológicos de nivel primario y secundario.	
Medios de Verificación	i. Envío de informe que contenga el programa de la Jornada, presentaciones realizadas y listado de asistentes.	
Fórmula de Cálculo:	(Número de acciones cumplidas en el periodo t / Número de acciones solicitadas en el periodo t) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	40,0%	

Número Acción	<b>10</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Lograr un <b>100,0%</b> de avance del Plan de Implementación de los Protocolos de Referencia y Contrarreferencia en las especialidades de Endodoncia, Odontopediatría y Periodoncia.</li> <li>– Establecer línea base de pertinencia según Protocolos de Referencia y Contrarreferencia en las especialidades de Endodoncia, Odontopediatría y Periodoncia.</li> </ul>	
Medios de Verificación	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. Envío de informe que incluya: resumen y estrategias realizadas para la implementación de las tres especialidades.</li> <li>ii. Envío de verificables comprometidos del Plan de Implementación para las tres especialidades.</li> </ul>	
Fórmula de Cálculo:	(Número de acciones cumplidas en el periodo t / Número de acciones solicitadas en el periodo t) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	40,0%	

Número Acción	<b>11</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Cumplimiento de las actividades comprometidas para el corte en el Plan de Implementación de las especialidades de Rehabilitación Oral, Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial y Ortodoncia y Ortopedia Dento Maxilofacial.	
Medios de Verificación	i. Envío de los verificables de las actividades comprometidas para el corte	
Fórmula de Cálculo:	(Número de acciones cumplidas en el periodo t / Número de acciones solicitadas en el periodo t) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	20,0%	



## Ficha General Indicador

Nombre del Indicador	<b>6.4 Índice de Ocupación Dental (IOD) del Servicio de Salud en el periodo.</b>
Fórmula de Cálculo	$\{[(\text{Consultas nuevas de especialidad} \times 0,55) + (\text{Controles de especialidad} \times 0,64)] / (\text{Número de Sillones dentales} \times \text{Número de horas semanales disponibles de sillón dental} \times \text{Número de semanas a evaluar en el periodo } t) \times 0,85\}$
Fuente de Datos	REM A 09 Sección I Nº de sillones dentales disponibles en los Centros de Referencia de Salud y establecimientos de mediana y alta complejidad.

## Metas y Ponderaciones por Corte

I Corte		25% de la evaluación anual
Número Acción	1	
Acciones y/o Metas Específicas	Cumplimiento Índice Ocupación Dental (IOD) en el Servicio de Salud en el periodo.	
Medios de Verificación	i. REM A 09 Sección I ii. Nº de sillones dentales disponibles por Servicio de Salud. Si no envía el Nº de sillones dentales disponibles por establecimiento, se calificará con un 0%.	
Fórmula de Cálculo:	$\{[(\text{Consultas nuevas de especialidad} \times 0,55) + (\text{Controles de especialidad} \times 0,64)] / (\text{Número de Sillones dentales} \times \text{Número de horas semanales disponibles de sillón dental} \times \text{Número de semanas a evaluar en el periodo } t) \times 0,85\}$	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>IOD ≥ 0,60</b>	<b>100,0%</b>
	<b>0,45 ≤ IOD &lt; 0,60</b>	<b>75,0%</b>
	<b>0,30 ≤ IOD &lt; 0,45</b>	<b>50,0%</b>
	<b>0,15 ≤ IOD &lt; 0,30</b>	<b>25,0%</b>
	<b>IOD &lt; 0,15</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

II Corte		25% de la evaluación anual
Número Acción	2	
Acciones y/o Metas Específicas	Cumplimiento Índice Ocupación Dental (IOD) en el Servicio de Salud en el periodo.	
Medios de Verificación	i. REM A 09 Sección I ii. Nº de sillones dentales disponibles por Servicio de Salud. Si no envía el Nº de sillones dentales disponibles por establecimiento, se calificará con un 0%.	
Fórmula de Cálculo:	$\{[(\text{Consultas nuevas de especialidad} \times 0,55) + (\text{Controles de especialidad} \times 0,64)] / (\text{Número de Sillones dentales} \times \text{Número de horas semanales disponibles de sillón dental} \times \text{Número de semanas a evaluar en el periodo } t) \times 0,85\}$	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>IOD ≥ 0,70</b>	<b>100,0%</b>
	<b>0,55 ≤ IOD &lt; 0,70</b>	<b>75,0%</b>
	<b>0,40 ≤ IOD &lt; 0,55</b>	<b>50,0%</b>
	<b>0,25 ≤ IOD &lt; 0,40</b>	<b>25,0%</b>
	<b>IOD &lt; 0,25</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

III Corte		25% de la evaluación anual
Número Acción	3	



Acciones y/o Metas Específicas	Cumplimiento Índice Ocupación Dental (IOD) en el Servicio de Salud en el periodo.	
Medios de Verificación	i. REM A 09 Sección I ii. N° de sillones dentales disponibles por Servicio de Salud. Si no envía el N° de sillones dentales disponibles por establecimiento, se calificará con un 0%.	
Fórmula de Cálculo:	$\{[(\text{Consultas nuevas de especialidad} \times 0,55) + (\text{Controles de especialidad} \times 0,64)] / (\text{Número de Sillones dentales} \times \text{Número de horas semanales disponibles de sillón dental} \times \text{Número de semanas a evaluar en el periodo}) \times 0,85\}$	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>IOD ≥ 0,80</b>	<b>100,0%</b>
	<b>0,65 ≤ IOD &lt; 0,80</b>	<b>75,0%</b>
	<b>0,50 ≤ IOD &lt; 0,65</b>	<b>50,0%</b>
	<b>0,35 ≤ IOD &lt; 0,50</b>	<b>25,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

	<b>IV Corte</b>	<b>25% de la evaluación anual</b>
Número Acción	<b>4</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Cumplimiento Índice Ocupación Dental (IOD) en el Servicio de Salud en el periodo.	
Medios de Verificación	i. REM A 09 Sección I ii. N° de sillones dentales disponibles por Servicio de Salud. Si no envía el N° de sillones dentales disponibles por establecimiento, se calificará con un 0%.	
Fórmula de Cálculo:	$\{[(\text{Consultas nuevas de especialidad} \times 0,55) + (\text{Controles de especialidad} \times 0,64)] / (\text{Número de Sillones dentales} \times \text{Número de horas semanales disponibles de sillón dental} \times \text{Número de semanas a evaluar en el periodo}) \times 0,85\}$	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>IOD ≥ 0,90</b>	<b>100,0%</b>
	<b>0,75 ≤ IOD &lt; 0,90</b>	<b>75,0%</b>
	<b>0,60 ≤ IOD &lt; 0,75</b>	<b>50,0%</b>
	<b>0,45 ≤ IOD &lt; 0,60</b>	<b>25,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

**Notas del Indicador:**

1. En el primer corte, el Servicio de Salud debe enviar el número de sillones dentales disponibles por establecimiento mediante Oficio. Cualquier variación en el número de sillones dentales, debe ser informado a través de la misma vía.
2. Para este indicador se evaluarán los establecimientos de alta y mediana complejidad (incluidos los Centros de Referencia de Salud).





COMPROMISO DE GESTIÓN N°7  
**FORTALECIMIENTO DEL PLAN  
NACIONAL DE CÁNCER**



<b>Ámbito RISS:</b>	Modelo Asistencial.
<b>Atributo:</b>	2. Una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, gestión de enfermedades, y cuidados paliativos, y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud personales y los servicios de salud pública. 3. Un primer nivel de atención multidisciplinario que cubre a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población.

## Objetivo General

Fortalecer el proceso de atención de los pacientes oncológicos mediante ejecución oportuna de sus procesos de atención.

## Objetivos Específicos

- Monitorear el cumplimiento de garantías de oportunidad en los pacientes oncológicos GES.
- Disminuir los tiempos de espera para cirugía de pacientes oncológicos no GES.
- Identificar en LEIQ la demanda de prestaciones GES sin garantía de oportunidad y disminuir tiempos los de espera.
- Incentivar la implementación y funcionamiento del modelo de gestión y articulación de la red oncológica.
- Mejorar la ejecución de las estrategias de tamizaje para cáncer de mama y cervicouterino.

## Marco Referencial y Consideraciones Técnicas

En la actualidad el Cáncer representa un problema de salud pública, cada año ocurren 53.365 casos nuevos oncológicos, lo que representa una Tasa Bruta de Incidencia de 216,9 por cada 100.000 habitantes. Así mismo, este problema de salud tiene una alta mortalidad, siendo la segunda causa de muerte a nivel nacional con un total de 26.027 defunciones al año, lo que representa un 25% de las muertes totales del país. Se proyecta que durante el próximo decenio se posicione como la principal causa de muerte en Chile y se espera que este cambio afecte primero a las mujeres y constituya la primera causa de Años de Vida Saludable Perdidos (AVISA) en la población del país.

Para abordar este problema de una manera global, el Plan Nacional de Cáncer 2018 - 2028, considera dentro de sus objetivos "Mejorar la oferta de servicios de salud para garantizar una atención integral del cáncer, en todos los niveles, favoreciendo la entrega de un tratamiento de calidad y eficaz, considerando la necesidad de diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y apoyo a los pacientes y las familias para mejorar su calidad de vida. Para esto, el Plan considera una serie de iniciativas que incluyen la mejora en el acceso a un diagnóstico precoz y un inicio de tratamiento oportuno, así como una mayor cobertura para cuidados paliativos. Adicionalmente, se espera poder mejorar la atención a través de la gestión de patologías GES, con el fin de incrementar el acceso, calidad y protección financiera para pacientes con cáncer".



En este contexto se vuelve muy necesario contar con herramientas de gestión que permitan monitorizar, hacer seguimiento e implementar planes de mejora para la gestión y articulación de la red, dando respuesta a los desafíos del plan de manera eficaz y eficiente. Los temas considerados clave y que se incluyen como indicadores de proceso en el presente documento, reflejan las estrategias de tamizaje para cáncer de mama y cervicouterino, implementación del modelo de gestión de la red, y acceso oportuno a tratamiento. A continuación, se detallan de manera individual los indicadores a monitorizar en este periodo:

#### Acceso oportuno a prestaciones oncológicas:

**Acción 1:** Este indicador es evaluado mediante dos fuentes de información, la primera es el cumplimiento de las Garantías de oportunidad GES, que incluye 17 problemas de salud según se detalla más adelante, y la segunda es la reducción del tiempo de espera para cirugía de los pacientes No GES y otras prestaciones que si bien están incluidas en GES no tienen garantía de oportunidad.

El programa de salud GES incluye 17 problemas de salud asociados a patologías oncológicas, dentro de los que se encuentran:

1. PS 3: Cáncer cervicouterino.
2. PS 4: Alivio del dolor y cuidados paliativos por cáncer avanzado.
3. PS 8: Cáncer de mama.
4. PS 14: Cánceres infantiles.
5. PS 16: Cáncer de testículos.
6. PS 17: Linfoma en personas de 15 años y más.
7. PS 27: Cáncer gástrico.
8. PS 28: Cáncer de próstata.
9. PS 45: Leucemia en población mayor de 15 años.
10. PS 70: Cáncer colorrectal.
11. PS 71: Cáncer ovario epitelial.
12. PS 72: Cáncer de vejiga.
13. PS 73: Osteosarcoma.
14. PS 81 Cáncer pulmonar.
15. PS 82 Cáncer de tiroides.
16. PS 83 Cáncer renal.
17. PS 84 Mieloma múltiple.

Cada problema de salud tiene definidas garantías de atención, lo que le provee al paciente un estándar de resolución de acuerdo con la mejor evidencia disponible. Para estas patologías se monitorizará el cumplimiento de las garantías de oportunidad definidas en el decreto N°22 del 2019 para lo que se utilizará el sistema SIGGES.

**Acción 2:** Se han identificado dentro del Programa de Salud GES cirugías que contribuyen a mejorar la calidad de vida de los pacientes luego de completar su tratamiento oncológico, pero que no cuentan con garantías de oportunidad, ni registro en la lista de espera. Dentro de las más representativas y que impactan fuertemente a las personas están:



- Cirugía de reconstrucción mamaria (Código 1502052).
- Cirugía de reconstitución de tránsito (Código 1802073).
- Cierre de colostomía (Código 1802054).

Son incorporadas a la medición de este COMGES los códigos de estas cirugías con el objetivo que sean incorporadas en el registro del SIGTE como una forma de evidenciar la demanda y espera por estas prestaciones durante el año 2020. Se espera también disminuir en forma paulatina los tiempos de espera de estas prestaciones.

**Acción 3:** Los problemas oncológicos que no se incluyen en el GES, serán monitorizados a través de la lista de espera de intervención quirúrgica (LEIQ) del sistema SIGTE. A continuación, se explica el procedimiento de medición:

1. El referente técnico MINSAL de SIGTE filtrará desde la base de datos los códigos seleccionados que corresponden a prestaciones quirúrgicas cuya sospecha o confirmación diagnóstica pudiese corresponder a una patología oncológica (Ver Anexo N°3).
2. La base de datos será enviada por el referente técnico MINSAL a los encargados de cada SS, quienes deberán verificar que los casos seleccionados, correspondan a casos en espera de resolución quirúrgica por una enfermedad oncológica.
3. Para la verificación los encargados de SS podrán verificar que en el listado asociado al código exista registro en los campos de "sospecha diagnóstica" o "confirmación diagnóstica" de alguna de las siguientes palabras clave: "carcinoma", "melanoma", "tumor maligno", "cáncer", "neoplasia" "tumor" (se excluye los casos en que informe "tumor benigno").
4. Una vez que el listado haya sido filtrado, cada encargado de SS deberá enviar la información a MINSAL (referente técnico SIGTE y referente de Dpto. GES y RAC de DIGERA), con los casos que corresponda a pacientes oncológicos marcados.
5. El encargado del registro del SS, además de identificar si corresponde o no a paciente oncológico (en las columnas correspondientes), debe rectificar el registro en SIGTE incorporando en los campos de sospecha y/o confirmación diagnóstica, las palabras claves detalladas en el punto 3.
6. Recibida la base, se considerarán como universo total en espera a los pacientes identificados por cada SS.

### Implementación del modelo de gestión de la red asistencial oncológica en el periodo.

El Modelo de Gestión de la Red Oncológica tiene por finalidad contribuir al desarrollo de la red de manera integrada, superando la fragmentación y brechas existentes. La estructura operativa que soporta este modelo está constituida por la formación oficial de equipos de trabajo, según se describe a continuación:

- Comité oncológico hospitalario: organismo encargado de la evaluación de todos los pacientes oncológicos antes de iniciar tratamiento, realiza reuniones periódicas según la demanda y complejidad de cada hospital. Sus lineamientos técnicos de funcionamiento están contenidos en el Ord. 271/29.01.21.
- Consejo técnico local: Organismo que tiene por función realizar seguimiento a los indicadores del modelo de funcionamiento de la red oncológica, funciona a nivel de Servicio de Salud (SS) mediante reuniones mensuales. Está conformado por el Subdirector de Gestión Asistencial del SS, Gestor de Red SS, Referente(s)



de Cáncer del SS, Jefe de Proyectos del SS, Jefe de APS del SS, representantes de los Hospitales de Alta Complejidad que correspondan en su red, referente MINSAL y dos veces al año representantes de la Sociedad Civil.

- Comisión macrorregional oncológica: Organismo macrorregional que tiene por función la evaluación, monitoreo y articulación de la red oncológica que le corresponde (Ver Anexo 4: Distribución de la Red Oncológica por Macrorregiones), en lo referente a cada línea de desarrollo del Plan Nacional de Cáncer Componen la Comisión los Subdirectores de Gestión Asistencial, profesionales asesores en materias de cáncer de los SS, referentes de SEREMI y referente MINSAL de la Macrorregión.

El modelo de gestión, ya implementado durante el año 2020, permite el desarrollo de mapas de funcionamiento de la red oncológica macrorregionales, los que deben ser desarrollados por cada macrozona, dependiendo de la complejidad y cartera de servicios de cada hospital, las redes de derivación organizadas a nivel de servicio de salud y la referencia y contrarreferencia a nivel macrorregional y nacional. Se incorpora para el año 2021, el desafío de iniciar el trabajo de Diseño de mapas de derivación de la red oncológica, para lo que es necesario conocer la oferta de cada una de las prestaciones oncológicas que se realizan durante todo el proceso de atención de un paciente con esta patología, que se inicia con la promoción, prevención y diagnóstico precoz (Ver anexo 5. Mapa de proceso de atención integral de oncología).

La propuesta de desarrollo desde el nivel central es el trabajo y fortalecimiento macrorregional, que permita dar respuesta a toda la patología oncológica, a través de un diseño de red en distintos niveles de complejidad de los establecimientos que la conforman, siendo necesario derivar a centros de referencia nacional, solo los tratamientos muy complejos y de muy baja incidencia, como por ejemplo trasplantes.

Cada macrorregión debe contar con 1 establecimiento de mayor complejidad, el que tratará patologías complejas y de baja incidencia y los otros servicios de salud desarrollen un nivel de complejidad intermedio que permita acercar el tratamiento más frecuente a sus propias regiones.

Las líneas estratégicas que deben ser definidas por cada SS, responden a la historia natural del cáncer y se describen a continuación:

- 1. Promoción y prevención:** Conjunto de acciones coordinadas e integradas dirigidas a las personas, familias, y comunidades que buscan aumentar los factores protectores y evitar, reducir y/o eliminar el riesgo de cáncer.
- 2. Detección Precoz:** Comprende el tamizaje en poblaciones asintomáticas en riesgo y el diagnóstico temprano del cáncer en poblaciones sintomáticas. En la actualidad, en términos oncológicos, se realiza tamizaje de Cáncer cervicouterino y mamas, mediante estrategias de PAP y mamografía.
- 3. Diagnóstico:** Confirmación diagnóstica y atención integral de las personas con cáncer confirmado para aumentar posibilidades de curación, disminuyendo el número de muertes prematuras y mejorando su calidad de vida. Para el desarrollo de la red pública de cáncer, se trabaja principalmente Anatomía Patológica, Imagenología y Laboratorio de Diagnóstico Molecular.
  - a. Anatomía Patológica:** En una primera instancia se definirá si cuenta o no con Unidad de Anatomía Patológica para procesamiento de biopsias, para posteriormente definir las prestaciones que realiza cada unidad.



- b. **Imagenología:** Se requiere adquirir equipos específicos, algunos que son críticos para el diagnóstico de cáncer, otros que no tienen una distribución equitativa en el país y otros en los que se ha identificado escasa oferta en el sistema público y además que dan respuesta a problemas de salud incluidos en el GES: BIOPSIA ESTEREOTAXICA, PET, ENDOSCOPIA, COLONOSCOPIA, ECOGRAFIA.
  - c. **Laboratorio de Diagnóstico Molecular:** Laboratorios con equipamiento necesarios para detectar marcadores tumorales, que permiten orientar terapias específicas. Estos laboratorios incluyen técnicas de Citometría de flujo (inmunofenotipo), Citogenética (Cariograma, FISH), Biología molecular (PCR en tiempo real). Actualmente se dispone de esta oferta solo para neoplasias hematológicas, es necesario incorporar la técnica y conocer la oferta de estas prestaciones para diagnóstico de tumores sólidos.
- 4. Tratamiento:** Para desarrollar una estrategia que responda a la necesidad de tratamiento, debemos agrupar los distintos tipos de intervención en los 4 pilares del tratamiento del cáncer (cirugía, quimioterapia, radioterapia y terapia biológica), con el objetivo de lograr la especificidad y eficiencia requerida en cada una de ellas. Por lo tanto, cuando hablamos de tratamiento debemos hablar de cada una de las líneas particulares que lo componen.
- a. **Cirugía:**
    - i. Estudio de levantamiento de oferta y demanda de cada una de las cirugías relacionadas con cáncer.
    - ii. Diseñar la red en relación a cirugías oncológicas, de acuerdo a cada tipo de cáncer y nivel de atención.
  - b. **Quimioterapia:**
    - i. **Quimioterapia Tumores sólidos:**
      - 1. Desarrollo de Quimioterapia ambulatoria para tumores sólidos en al menos 1 establecimiento por Servicio de salud.
      - 2. En los Servicios con alta densidad poblacional debe existir más de 1 centro (1 centro cada 150 - 200 casos nuevos al año).
    - ii. **Quimioterapia Neoplasias hematológicas:**
      - 1. Desarrollar red con distintos niveles de complejidad:
        - a. H1: nivel más básico que realice de diagnóstico y etapificación de patologías de agresividad baja o intermedia, tratamiento de patología con QT oral o paliativa y seguimiento una vez finalizado el tratamiento.
        - b. H2: Todo lo anterior más tratamiento de QT de intensidad intermedia.
        - c. H3: Todo lo anterior más tratamiento de QT de alta intensidad.
        - d. TPH1: Todo lo anterior más trasplante de médula ósea autólogo.
        - e. TPH2: Todo lo anterior más trasplante de médula ósea alogénico.
- 5. Radioterapia:** Es necesario definir la red en base a la oferta y la demanda real, incluida la población que no está ingresando al sistema.
- 6. Cáncer infantil:**
- a. Mantener la clasificación de centros Integrales, Parciales y Apoyo.
  - b. Desarrollo de 1 centro de Apoyo PINDA en cada Servicio de Salud.
- 7. Rehabilitación:** Procura mejorar la calidad de vida de las personas con dificultades físicas, psicológicas o sociales debidas al cáncer y al tratamiento de este, ayudándolas a recuperar sus capacidades y a una mejor calidad de vida.



- 8. Cuidados Paliativos:** Conjunto organizado de cuidados que se brindan al paciente con una enfermedad progresiva y avanzada donde el control del dolor y otros síntomas, así como los aspectos psicosociales y espirituales cobran la mayor importancia. El objetivo de los cuidados paliativos es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia. Para el desarrollo e informe del mapa de derivación se entregarán formularios y planificación de desarrollo.

### Cobertura de Mamografía y Papanicolau

El Plan Nacional de Cáncer, en su segunda línea estratégica denominada Provisión de Servicios Asistenciales tiene como objetivo garantizar el diagnóstico oportuno en pacientes con sospecha de cáncer. Para ello, se consideraron diversas iniciativas para mejorar el diagnóstico precoz de cáncer. En este sentido, se priorizaron intervenciones en poblaciones que poseen acceso a programas de tamizaje con efectividad probada, lo que incluye en este periodo el tamizaje para el cáncer de mamas y cáncer cervicouterino, en mujeres de 50 a 69 años y 25 a 64 años, respectivamente.

- 1. Tamizaje con mamografía (Mx):** El cáncer de mamas es una enfermedad manifestada por el crecimiento anormal y desordenado de células del epitelio de los conductos o lobulillos mamarios y que tienen la capacidad de diseminarse. Constituye la neoplasia más frecuente que afecta a la población femenina chilena y la primera causa de muerte en mujeres por causa oncológica. Según la literatura, la mamografía es el examen de elección utilizado como primera técnica capaz de detectar lesiones sugerentes de cáncer de mama. La técnica consiste en la administración de rayos X, en donde se obtienen cuatro proyecciones mamarias, en estas imágenes se pueden evaluar imágenes que requieren seguimiento o intervenciones diagnósticas. Este examen es la base del tamizaje de cáncer de mamas, pues se ha reportado que reduce la mortalidad por esta causa. Por otra parte, se ha establecido que el tamizaje de buena calidad y con coberturas sobre el 70%, favorece la mortalidad por esta enfermedad.
- 2. Tamizaje con papanicolau (PAP):** El cáncer cervicouterino es la alteración celular que se origina en el epitelio del cuello uterino, habitualmente de lenta y progresiva evolución en el tiempo. En grado puede evolucionar a displasia severa cuando compromete sólo al epitelio superficial y luego a cáncer invasor, cuando el compromiso traspasa la membrana basal. El PAP ha sido la base del programa de pesquisa de cáncer cervicouterino, contribuyendo en la reducción de casos incidentes y en la mortalidad asociada a esta enfermedad. En este sentido, se ha reportado que, para lograr un impacto en la mortalidad con los programas de tamizaje, se espera que la cobertura deba llegar al menos a 70% de la población beneficiaria.

### Definiciones y Terminología

- **PIV:** Población inscrita y validada de Fonasa. Corresponde a la cantidad de beneficiarios inscritos en el sistema público de salud y que es reportada por Fonasa, y que son cubiertos según tipo de dependencia.
- **INE:** Instituto Nacional de Estadísticas.
- **Cobertura:** Corresponde al porcentaje de población que es cubierta por un determinado programa.
- **PAP:** Papanicolau o citología exfoliativa. Corresponde al estudio de celular del cuello uterino que, mediante análisis microscópico, permite evaluar alteraciones celulares que pudieran reflejar una patología.
- **Mx:** mamografía, imagen mamaria obtenida por rayos X que permite detectar lesiones benignas o malignas.
- **SS:** Servicio de Salud.



- **SIGGES:** Sistema Gestión Garantías Explícitas en Salud.
- **SIGTE:** Sistema de Gestión de Tiempo de Espera.
- **LEIQ:** Lista de espera de intervenciones quirúrgicas.
- **GES:** Garantías Explícitas en Salud.
- **GO:** Garantías de Oportunidad.

### Nombre del Indicador

- **7.1** Porcentaje de cumplimiento de garantías de oportunidad GES en patologías oncológicas y de las metas de reducción de tiempos de espera quirúrgicos por problemas de salud oncológicos No GES en el periodo.
- **7.2** Porcentaje de cumplimiento de las actividades de implementación del modelo de gestión de la red asistencial oncológica en el periodo.
- **7.3** Porcentaje de cierre de brechas de cobertura, semestral para los exámenes de mamografías y PAP del Servicio de Salud.

### Meta Nacional Año 2021

- Obtener un **100,0%** de cumplimiento de las garantías de pacientes oncológicos GES durante el año 2021.
- Obtener un **70,0%** de cumplimiento de las metas de tiempos de espera para pacientes oncológicos no GES durante el año 2021.
- Identificar el **100,0%** las cirugías del proceso de atención oncológico GES que no tienen garantía de oportunidad y el tiempo de espera para su resolución.
- Obtener un **20,0%** de reducción de tiempos de espera de cirugías relacionadas a diagnósticos oncológicos que no tienen garantía de oportunidad y el tiempo de espera para su resolución.
- Realizar el **100,0%** de las actividades de fortalecimiento de los comités oncológicos en los Servicios de Salud durante el año 2021.
- Identificar el **100,0%** de la oferta de prestaciones oncológicas a nivel de establecimiento, Servicios de Salud y macrorregión.
- Obtener un **100,0%**, de acuerdo con los recursos asignados, en la cobertura de mujeres entre 50 a 69 años con mamografía vigente cada 3 años durante el año 2021, a nivel nacional.
- Obtener un **25,0%** de la meta de disminución de la brecha de cobertura de mujeres entre 25 a 64 años con PAP vigente cada 3 años durante el año 2021, a nivel nacional.

### Metodología de Evaluación

Indicador	Ponderación por Corte
7.1 Porcentaje de cumplimiento de garantías de oportunidad GES en patologías oncológicas y de las metas de reducción de tiempos de espera quirúrgicos por problemas de salud oncológicos No GES en el periodo.	2,0%
7.2 Porcentaje de cumplimiento de las actividades de implementación del modelo de gestión de la red asistencial oncológica en el periodo.	1,0%
7.3 Porcentaje de cierre de brechas de cobertura, semestral para los exámenes de mamografías y PAP del Servicio de Salud	1,0%





## Ficha General Indicador

Nombre del Indicador	<b>7.1 Porcentaje de cumplimiento de garantías de oportunidad GES en patologías oncológicas y de las metas de reducción de tiempos de espera quirúrgicos por problemas de salud oncológicos No GES en el periodo.</b>
Fórmula de Cálculo	<p align="center"><b>Resolución GES en Problemas de Salud Oncológicos*</b></p> <p>(Número de Garantías Cumplidas + Garantías Exceptuadas + Garantías Incumplidas Atendidas en el periodo t / Número de Garantías Cumplidas + Garantías Exceptuadas + Garantías Incumplidas Atendidas + Garantías Incumplidas no Atendidas + Garantías Retrasadas en el periodo t) x 100.</p> <p align="center"><b>Evaluación de los tiempos de espera no GES en Problemas de Salud Oncológicos:</b></p> <p>(Número de casos oncológicos en LEIQ por un periodo igual o menor a 90 días en el periodo desde el ingreso al registro / Número Total de casos oncológicos en LEIQ validados como oncológicos por cada SS) x 100</p> <p align="center"><b>Prestaciones GES sin garantía de oportunidad:</b></p> <p>(Número de casos en LEIQ de reconstrucción mamaria (1502052), reconstrucción de tránsito (1802073), cierre de colostomía (1802054) por un periodo igual o menor a 90 días de espera en el periodo desde el ingreso al registro / Número Total de casos en LEIQ de reconstrucción mamaria (1502052), reconstrucción de tránsito (1802073), cierre de colostomía (1802054) registrados en SIGTE por cada SS) x 100</p>
Fuente de Datos	SIGGES - SIGTE- Informe SS.

## Metas y Ponderaciones por Corte

I Corte		20% de la evaluación anual
Número Acción	1	
Acciones y/o Metas Específicas	Identificar del Universo de pacientes oncológicos en registro LEIQ (excluye colecistectomía), con los criterios definidos en OOTT.	
Medios de Verificación	i. Envío de excel en formato SIGTE, identificando los pacientes oncológicos y no oncológicos y edición del campo de sospecha o confirmación diagnóstica en SIGTE.	
Fórmula de Cálculo:	(Número de acciones cumplidas en el periodo t / Número de acciones solicitadas en el periodo t) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	X = 100,0%	100,0%
	X < 100,0%	0%
Ponderación al Corte de la Acción	50,0%	
Número Acción	2	
Acciones y/o Metas Específicas	Levantamiento de la cartera de servicios de los establecimientos de las siguientes prestaciones: reconstrucción mamaria (1502052), reconstrucción de tránsito (1802073), cierre de colostomía (1802054).	
Medios de Verificación	i. Envío de informe (excel) donde se mencione si se realiza o no las prestaciones mencionadas cada uno de los establecimientos de alta y mediana complejidad de la Red del Servicio de Salud.	
Fórmula de Cálculo:	(Número de acciones cumplidas en el periodo t / Número de acciones solicitadas en el periodo t) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	X = 100,0%	100,0%
	X < 100,0%	0%
Ponderación al Corte de la Acción	50,0%	



<b>II Corte</b>		<b>30% de la evaluación anual</b>
Número Acción	3	
Acciones y/o Metas Específicas	Resolver el <b>100,0%</b> de las garantías de oportunidad en problemas de salud oncológicos vigentes al 30 de junio de 2021.	
Medios de Verificación	i. Reporte de cumplimiento de garantías GES extraído centralizado desde MINSAL.	
Fórmula de Cálculo:	$(\text{Número de Garantías Cumplidas} + \text{Garantías Exceptuadas} + \text{Garantías Incumplidas Atendidas en el periodo t} / \text{Número de Garantías Cumplidas} + \text{Garantías Exceptuadas} + \text{Garantías Incumplidas Atendidas} + \text{Garantías Incumplidas no Atendidas} + \text{Garantías Retrasadas en el periodo t}) \times 100$ .	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	40,0%	
Número Acción	4	
Acciones y/o Metas Específicas	Lograr que el <b>20,0%</b> de los casos en espera de resolución quirúrgica por problemas de salud oncológicos no GES (en LEIQ) se encuentren resueltos en un tiempo menor o igual a 90 días de espera.	
Medios de Verificación	i. LEIQ al corte de junio 2021 identificada como oncológica (excluye colecistectomía).	
Fórmula de Cálculo:	$(\text{Número de casos oncológicos en LEIQ por un periodo igual o menor a 90 días en el periodo desde el ingreso al registro} / \text{Número Total de casos oncológicos en LEIQ validados como oncológicos por cada SS}) \times 100$	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 20,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>15,0% ≤ X &lt; 20,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>10,0% ≤ X &lt; 15,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>5,0% ≤ X &lt; 10,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 5,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	30,0%	
Número Acción	5	
Acciones y/o Metas Específicas	Identificar Universo de pacientes en LEIQ de colecistectomías asociadas a oncología.	
Medios de Verificación	i. Envío de excel en formato SIGTE, identificando las colecistectomías asociadas a oncología y edición del campo de sospecha o confirmación diagnóstica en SIGTE.	
Fórmula de Cálculo:	$(\text{Número de acciones cumplidas en el periodo t} / \text{Número de acciones solicitadas en el periodo t}) \times 100$ .	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	10,0%	
Número Acción	6	
Acciones y/o Metas Específicas	Identificar Universo de pacientes en LEIQ de las prestaciones de reconstrucción mamaria (1502052), reconstrucción de tránsito (1802073), cierre de colostomía (1802054).	
Medios de Verificación	i. LEIQ al corte de junio 2021 identificada con los códigos 1502052, 1802073, 1802054.	
Fórmula de Cálculo:	$(\text{Número de acciones cumplidas en el periodo t} / \text{Número de acciones solicitadas en el periodo t}) \times 100$ .	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	20,0%	

<b>III Corte</b>		<b>20% de la evaluación anual</b>
Número Acción	7	



Acciones y/o Metas Específicas	Lograr que el <b>50,0%</b> de los casos en espera de resolución quirúrgica por problemas de salud oncológicos no GES (en LEIQ) se encuentren resueltos en un tiempo menor o igual a 90 días de espera. <b>Condición especial: si existe al menos un paciente con más de 2 años de espera, el cumplimiento del indicador será 0,0%</b>	
Medios de Verificación	i. LEIQ al corte de septiembre 2021 identificada como oncológica (incluye colecistectomía)	
Fórmula de Cálculo:	(Número de casos oncológicos en LEIQ por un periodo igual o menor a 90 días en el periodo desde el ingreso al registro / Número Total de casos oncológicos en LEIQ validados como oncológicos por cada SS) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 50,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>40,0% ≤ X &lt; 50,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>30,0% ≤ X &lt; 40,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>20,0% ≤ X &lt; 30,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 20,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	50,0%	
Número Acción	<b>8</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Lograr que el <b>10,0%</b> de los casos en LEIQ de reconstrucción mamaria (1502052), reconstrucción de tránsito (1802073), cierre de colostomía (1802054) se encuentren resueltos en un tiempo menor o igual a 90 días de espera.	
Medios de Verificación	i. LEIQ al corte de septiembre 2021 identificada como oncológica 1502052, 1802073, 1802054.	
Fórmula de Cálculo:	(Número de casos en LEIQ de reconstrucción mamaria (1502052), reconstrucción de tránsito (1802073), cierre de colostomía (1802054) por un periodo igual o menor a 90 días de espera en el periodo desde el ingreso al registro / Número Total de casos en LEIQ de reconstrucción mamaria (1502052), reconstrucción de tránsito (1802073), cierre de colostomía (1802054) registrados en SIGTE por cada SS) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 10,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 10,0%</b>	<b>0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	50,0%	

	<b>IV Corte</b>	<b>30% de la evaluación anual</b>
Número Acción	<b>9</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Resolver el <b>100,0%</b> de las garantías de oportunidad en problemas de salud oncológicos vigentes al 31 de diciembre de 2021.	
Medios de Verificación	i. Reporte de cumplimiento de garantías GES extraído centralizado desde MINSAL.	
Fórmula de Cálculo:	(Número de Garantías Cumplidas + Garantías Exceptuadas + Garantías Incumplidas Atendidas en el periodo t / Número de Garantías Cumplidas + Garantías Exceptuadas + Garantías Incumplidas Atendidas + Garantías Incumplidas no Atendidas + Garantías Retrasadas en el periodo t) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	40,0%	
Número Acción	<b>10</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Lograr que el <b>70,0%</b> de los casos en espera de resolución quirúrgica por problemas de salud oncológicos no GES (en LEIQ) se encuentren resueltos en un tiempo menor o igual a 90 días de espera. <b>Condición especial: si existe al menos un paciente con más de 2 años de espera, el cumplimiento del indicador será 0%.</b>	
Medios de Verificación	i. LEIQ al corte de diciembre 2021 identificada como oncológica (incluye colecistectomía).	



Fórmula de Cálculo:	(Número de casos oncológicos en LEIQ por un periodo igual o menor a 90 días en el periodo desde el ingreso al registro / Número Total de casos oncológicos en LEIQ validados como oncológicos por cada SS) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 70,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>60,0% ≤ X &lt; 70,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>50,0% ≤ X &lt; 60,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>40,0% ≤ X &lt; 50,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 40,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	40,0%	
Número Acción	<b>11</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Lograr que el <b>20,0%</b> de los casos en LEIQ de reconstrucción mamaria (1502052), reconstrucción de tránsito (1802073), cierre de colostomía (1802054) se encuentren en un tiempo menor o igual a 90 días de espera.	
Medios de Verificación	i. LEIQ al corte diciembre 2021 identificada como oncológica 1502052, 1802073, 1802054.	
Fórmula de Cálculo:	(Número de casos en LEIQ de reconstrucción mamaria (1502052), reconstrucción de tránsito (1802073), cierre de colostomía (1802054) por un periodo igual o menor a 90 días de espera en el periodo desde el ingreso al registro / Número Total de casos en LEIQ de reconstrucción mamaria (1502052), reconstrucción de tránsito (1802073), cierre de colostomía (1802054) registrados en SIGTE por cada SS) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 20,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 20,0%</b>	<b>0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	20,0%	

### Ficha General Indicador

Nombre del Indicador	<b>7.2 Porcentaje de cumplimiento de las actividades de implementación del modelo de gestión de la red asistencial oncológica en el periodo.</b>
Fórmula de Cálculo	(Número de acciones cumplidas en el periodo t / Número de acciones solicitadas en el periodo t) x 100.
Fuente de Datos	Ordinarios recibidos por el Departamento de Manejo Integral del Cáncer informando las actividades. Formatos Locales

### Metas y Ponderaciones por Corte

	<b>I Corte</b>	<b>25% de la evaluación anual</b>
Número Acción	<b>1</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Presentación de pacientes a Comité Oncológico.	
Medios de Verificación	i. Ordinario enviado por cada SS a los establecimientos de su red, que indica obligatoriedad de presentar todos los casos oncológicos al comité oncológico que corresponda, antes de su primer tratamiento, e instruye la elaboración de protocolos de presentación a comité e implementación de un sistema de monitoreo, de acuerdo a las orientaciones contenidas en el Ordinario B29 N° 271 del 29-01-2021 de SRA. ii. Informe resumen que contenga n° de pacientes diagnosticados con cáncer en el periodo (registro de anatomía patológica) y el n° de pacientes evaluados en comité oncológico para el mismo periodo. El informe deberá ser enviado en formato definido por MINSAL	
Fórmula de Cálculo:	(Número de acciones cumplidas en el periodo t / Número de acciones solicitadas en el periodo t) x 100.	



	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
Cálculo del Cumplimiento:	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	40,0%	
Número Acción	2	
Acciones y/o Metas Específicas	Desarrollar una reunión de Consejo Técnico Local del Servicio de Salud.	
Medios de Verificación	i. Informes y Actas del Consejo Técnico Local correspondientes primer trimestre 2021, que especifique el seguimiento de los indicadores del Modelo de Gestión de la Red Oncológica y participación de los referentes definidos para esta instancia.	
Fórmula de Cálculo:	(Nº de Informes con monitoreo de los indicadores de modelo de gestión realizado por consejo técnico local / Nº de informes comprometidos al período) x 100	
	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
Cálculo del Cumplimiento:	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	20,0%	
Número Acción	3	
Acciones y/o Metas Específicas	Formulación del mapa de derivación de la red oncológica: Parte I cartera de servicios por establecimiento para procedimientos diagnósticos servicios de apoyo relacionados al proceso oncológico, desde el diagnóstico al seguimiento.	
Medios de Verificación	i. Informe en formato MINSAL con información solicitada completa.	
Fórmula de Cálculo:	(Número de informes enviados con cartera de servicios por establecimiento / Número de informes comprometidos para el periodo) x 100.	
	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
Cálculo del Cumplimiento:	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	40,0%	

	II Corte	25% de la evaluación anual
Número Acción	4	
Acciones y/o Metas Específicas	Presentación de pacientes a Comité Oncológico.	
Medios de Verificación	i. Protocolos de presentación a comité de cada establecimiento de que realice prestaciones oncológicas de tratamiento, ya sea cirugía, quimioterapia, radioterapia, complejidad de su red. Incluir adultos, pediátricos, tanto de hematología como de tumores sólidos. ii. Informe resumen que contenga n° de pacientes diagnosticados con cáncer en el periodo (registro de anatomía patológica) y el n° de pacientes evaluados en comité oncológico para el mismo periodo. El informe deberá ser enviado en formato definido por MINSAL	
Fórmula de Cálculo:	(Número de acciones cumplidas en el periodo t / Número de acciones solicitadas en el periodo t) x 100.	
	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
Cálculo del Cumplimiento:	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	40,0%	
Número Acción	5	
Acciones y/o Metas Específicas	Desarrollar dos reuniones de Consejo Técnico Local del Servicio de Salud.	
Medios de Verificación	i. Actas del Consejo Técnico Local correspondientes a segundo trimestre 2021, que especifiquen el seguimiento de los indicadores del Modelo de Gestión de la Red Oncológica y participación de los referentes definidos para esta instancia.	
Fórmula de Cálculo:	(Nº de Informes con monitoreo de los indicadores de modelo de gestión realizado por consejo técnico local / Nº de informes comprometidos al período) x 100	
	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
Cálculo del Cumplimiento:	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,0%</b>



	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	20,0%	
Número Acción	<b>6</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Formulación del mapa de derivación de la red oncológica: Parte II cartera de servicios por establecimiento para prestaciones relacionadas al tratamiento oncológico (QMT; RDT; Cx; CCPP, Rehabilitación).	
Medios de Verificación	i. Informe en formato MINSAL con información solicitada completa.	
Fórmula de Cálculo:	(Número de informes enviados con cartera de servicios por establecimiento / Número de informes comprometidos para el periodo) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	40,0%	

	<b>III Corte</b>	<b>25% de la evaluación anual</b>
Número Acción	<b>7</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Presentación de pacientes a Comité Oncológico.	
Medios de Verificación	i. Informe resumen que contenga n° de pacientes diagnosticados con cáncer en el periodo (registro de anatomía patológica) y el n° de pacientes evaluados en comité oncológico para el mismo periodo. El informe deberá ser enviado en formato definido por MINSAL (adjuntar actas de comité).	
Fórmula de Cálculo:	(N° de pacientes evaluados en comité oncológico/N° de pacientes diagnosticados con cáncer) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 80,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>50,0% ≤ X &lt; 80,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>X &lt; 50,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	40,0%	
Número Acción	<b>8</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Desarrollar dos reuniones de Consejo Técnico Local del Servicio de Salud.	
Medios de Verificación	i. Actas del Consejo Técnico Local correspondientes a tercer trimestre 2021, que especifiquen el seguimiento de los indicadores del Modelo de Gestión de la Red Oncológica y participación de los referentes definidos para esta instancia.	
Fórmula de Cálculo:	(N° de Informes con monitoreo de los indicadores de modelo de gestión realizado por consejo técnico local / N° de informes comprometidos al período) x 100	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	20,0%	
Número Acción	<b>9</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Formulación del mapa de derivación de la red oncológica: Parte III Consolidación cartera de servicios por establecimiento para prestaciones oncológicas de la red a nivel de Servicio de Salud.	
Medios de Verificación	i. Informe en formato MINSAL con información solicitada completa.	
Fórmula de Cálculo:	(Número de informes enviados con cartera de servicios por establecimiento / Número de informes comprometidos para el periodo) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	40,0%	



IV Corte		25% de la evaluación anual
Número Acción	10	
Acciones y/o Metas Específicas	Presentación de pacientes a Comité Oncológico.	
Medios de Verificación	i. Informe resumen que contenga n° de pacientes diagnosticados con cáncer en el periodo (registro de anatomía patológica) y el n° de pacientes evaluados en comité oncológico para el mismo periodo. El informe deberá ser enviado en formato definido por MINSAL (adjuntar actas de comité).	
Fórmula de Cálculo:	$(N^{\circ} \text{ de pacientes evaluados en comité oncológico} / N^{\circ} \text{ de pacientes diagnosticados con cáncer}) \times 100$ .	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 90,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>50,0% ≤ X &lt; 90,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>X &lt; 50,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	40,0%	
Número Acción	11	
Acciones y/o Metas Específicas	Desarrollar dos reuniones de Consejo Técnico Local del Servicio de Salud.	
Medios de Verificación	i. Actas del Consejo Técnico Local correspondientes a cuarto trimestre 2021, que especifiquen el seguimiento de los indicadores del Modelo de Gestión de la Red Oncológica y participación de los referentes definidos para esta instancia.	
Fórmula de Cálculo:	$(N^{\circ} \text{ de Informes con monitoreo de los indicadores de modelo de gestión realizado por consejo técnico local} / N^{\circ} \text{ de informes comprometidos al período}) \times 100$	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	20,0%	
Número Acción	12	
Acciones y/o Metas Específicas	Formulación del mapa de derivación de la red oncológica: Parte IV Cartera de servicios por establecimiento y Servicio de Salud para prestaciones oncológicas a nivel macrorregional.	
Medios de Verificación	i. Informe en formato MINSAL con información solicitada completa.	
Fórmula de Cálculo:	$(\text{Número de informes enviados con cartera de servicios por establecimiento} / \text{Número de informes comprometidos para el periodo}) \times 100$ .	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	40,0%	

### Ficha General Indicador

Nombre del Indicador	<b>7.3 Porcentaje de cierre de brechas de cobertura, semestral para los exámenes de mamografías y PAP del Servicio de Salud.</b>
Fórmula de Cálculo	<p><b>Cobertura de Mamografías:</b>  <math>(\text{Número total de mujeres entre 50 a 69 años con mamografía vigente cada 3 años del Servicio de Salud en el periodo} / \text{Número total de mujeres entre 50 a 69 años según población inscrita validada por Fonasa del Servicio de Salud en el periodo}) \times 100</math>.</p> <p><b>Cálculo del indicador:</b>  <math>\{[(\text{Meta Cobertura Mamografías 2021} - \text{Cobertura Mamografías 2020}) - (\text{Meta Cobertura Mamografías 2021} - \text{Cobertura Mamografías Periodo})] / (\text{Meta Cobertura Mamografías 2021} - \text{Cobertura Mamografías 2020})\} \times 100</math>.</p> <p><b>Cobertura de Papanicolau:</b></p>



	(Número total de mujeres entre 25 a 64 años con papanicolau vigente cada 3 años del Servicio de Salud en el periodo / Número total de mujeres entre 25 a 64 años según población inscrita validada por Fonasa del Servicio de Salud en el periodo) x 100. <b>Cálculo indicador:</b> $\{[(80,0\% - \text{Cobertura PAP 2020}) - (80,0\% - \text{Cobertura PAP Periodo})] / (80,0\% - \text{Cobertura PAP 2020})\} \times 100.$
Fuente de Datos	REM P12

### Metas y Ponderaciones por Corte

	I Corte	No Aplica
	<b>II Corte</b>	<b>50% de la evaluación anual</b>
Número Acción	<b>1</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Alcanzar cierre de brecha de <b>40,0%</b> de la meta de cobertura esperada de mamografías vigentes cada 3 años en mujeres entre los 50 a los 69 años pertenecientes al Servicio de Salud en el primer semestre.	
Medios de Verificación	i. Reporte REM P12.	
Fórmula de Cálculo:	<p><b>Cobertura de Mamografías:</b> (Número total de mujeres entre 50 a 69 años con mamografía vigente cada 3 años del Servicio de Salud en el periodo / Número total de mujeres entre 50 a 69 años según población inscrita validada por Fonasa del Servicio de Salud en el periodo) x 100</p> <p><b>Cálculo del indicador:</b> <math>\{[(\text{Meta Cobertura Mamografías 2021} - \text{Cobertura Mamografías 2020}) - (\text{Meta Cobertura Mamografías 2021} - \text{Cobertura Mamografías Periodo})] / (\text{Meta Cobertura Mamografías 2021} - \text{Cobertura Mamografías 2020})\} \times 100.</math></p>	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 40,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>30,0% ≤ X &lt; 40,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>20,0% ≤ X &lt; 30,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>10,0% ≤ X &lt; 20,0%</b>	<b>25,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	50,0%	
Número Acción	<b>2</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Alcanzar un <b>10,0%</b> de la meta de disminución de la brecha entre la cobertura de Papanicolau vigentes cada 3 años en mujeres entre los 25 a los 64 años alcanzada a diciembre del año 2020 y la cobertura esperada de un 80,0%.	
Medios de Verificación	i. Reporte REM P12.	
Fórmula de Cálculo:	<p><b>Cobertura de Papanicolau:</b> (Número total de mujeres entre 25 a 64 años con papanicolau vigente cada 3 años del Servicio de Salud en el periodo / Número total de mujeres entre 25 a 64 años según población inscrita validada por Fonasa del Servicio de Salud en el periodo) x 100.</p> <p><b>Cálculo indicador:</b> <math>\{[(80,0\% - \text{Cobertura PAP 2020}) - (80,0\% - \text{Cobertura PAP Periodo})] / (80,0\% - \text{Cobertura PAP 2020})\} \times 100.</math></p>	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 10,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>7,0% ≤ X &lt; 10,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>4,0% ≤ X &lt; 7,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>1,0% ≤ X &lt; 4,0%</b>	<b>25,0%</b>





	<b>X &lt; 1,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	50,0%	

<b>III Corte</b>	<b>No Aplica</b>
------------------	------------------

<b>IV Corte</b>	<b>50% de la evaluación anual</b>
-----------------	-----------------------------------

Número Acción	<b>3</b>
---------------	----------

Acciones y/o Metas Específicas	Alcanzar cierre de brecha de <b>100,0%</b> de la meta de cobertura esperada de mamografías vigentes cada 3 años en mujeres entre los 50 a los 69 años pertenecientes al Servicio de Salud en el segundo semestre.
--------------------------------	---

Medios de Verificación	i. Reporte REM P12.
------------------------	---------------------

Fórmula de Cálculo:	<p><b>Cobertura de Mamografías:</b>            (Número total de mujeres entre 50 a 69 años con mamografía vigente cada 3 años del Servicio de Salud en el periodo / Número total de mujeres entre 50 a 69 años según población inscrita validada por Fonasa del Servicio de Salud en el periodo) x 100</p> <p><b>Cálculo del indicador:</b>  <math>\{[(\text{Meta Cobertura Mamografías 2021} - \text{Cobertura Mamografías 2020}) - (\text{Meta Cobertura Mamografías 2021} - \text{Cobertura Mamografías Periodo})] / (\text{Meta Cobertura Mamografías 2021} - \text{Cobertura Mamografías 2020})\} \times 100.</math></p>
---------------------	---

	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
Cálculo del Cumplimiento:	<b>X ≥ 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>90,0% ≤ X &lt; 100,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>80,0% ≤ X &lt; 90,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>70,0% ≤ X &lt; 80,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 70,0%</b>	<b>0,0%</b>

Ponderación al Corte de la Acción	50,0%
-----------------------------------	-------

Número Acción	<b>4</b>
---------------	----------

Acciones y/o Metas Específicas	Alcanzar un <b>25,0%</b> de la meta de disminución de la brecha entre la cobertura de Papanicolau vigentes cada 3 años en mujeres entre los 25 a los 64 años alcanzada a diciembre del año 2020 y la cobertura esperada de un 80,0%.
--------------------------------	--

Medios de Verificación	i. Reporte REM P12.
------------------------	---------------------

Fórmula de Cálculo:	<p><b>Cobertura de Papanicolau:</b>            (Número total de mujeres entre 25 a 64 años con papanicolau vigente cada 3 años del Servicio de Salud en el periodo / Número total de mujeres entre 25 a 64 años según población inscrita validada por Fonasa del Servicio de Salud en el periodo) x 100.</p> <p><b>Cálculo indicador:</b>  <math>\{[(80,0\% - \text{Cobertura PAP 2020}) - (80,0\% - \text{Cobertura PAP Periodo})] / (80,0\% - \text{Cobertura PAP 2020})\} \times 100.</math></p>
---------------------	---

	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
Cálculo del Cumplimiento:	<b>X ≥ 25,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>20,0% ≤ X &lt; 25,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>15,0% ≤ X &lt; 20,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>10,0% ≤ X &lt; 15,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 10,0%</b>	<b>0,0%</b>

Ponderación al Corte de la Acción	50,0%
-----------------------------------	-------



## Anexos

### Anexo N°1: "Códigos de intervenciones quirúrgicas incluidos en la medición del indicador Resolución no Ges en Problemas de Salud Oncológicos".

Código	Glosa MAI
11-03-006	Tumores de calota
11-03-024	Tumores de base de cráneo
11-03-025	Tumores intraorbitarios
11-03-026	Tumores encefálicos y de hipófisis
11-03-052	Tumores vertebrales
11-03-053	Tumores medulares o intrarraquídeos
11-03-058	Tumores de nervios periféricos
12-02-009	Tumor maligno del saco, trat. quir. completo
12-02-023	Tumor maligno de párpado o ceja, trat. quir. completo
13-02-005	Tumor maligno oído externo, trat. quir.
13-02-032	Tumor maligno de las amígdalas, trat. quir.
13-02-034	Extirpación tumor maligno de base de lengua
14-02-011	Parotidectomía suprafacial con disección y preservación del nervio facial
14-02-012	Parotidectomía total, con disección y preservación del nervio facial.
14-02-013	Parotidectomía total ampliada (incluye músculos, ganglios, articulaciones y rama vertical de la mandíbula)
14-02-014	Totalización de parotidectomía previa o parotidectomía del lóbulo profundo
14-02-015	Sub-mandibulectomía ampliada (incluye piso de la boca, mandíbula, músculos, ganglios y articulaciones)
14-02-016	Extirpación de glándula salival submandibular
14-02-017	Extirpación glándula salival sublingual
14-02-018	Extirpación sublingual ampliada (incluye piso de boca, arco mandibular, músculos, ganglios y articulaciones)
14-02-025	Tumores del cuerpo carotídeo, trat. quir. (incl. proc. vascular)
14-02-028	Resección cutánea ampliada (incluye musculatura, ganglios y huesos subyacentes; desplazamiento de colgajos)
14-02-029	Resección cutánea simple (sutura primaria)
14-02-030	Tumor maligno de labio superior o inferior, resección total del labio y cirugía reparadora
14-02-031	Tumor maligno de labio superior o inferior, resección parcial del labio y cirugía reparadora
14-02-034	Extirpación ampliada de nariz incluyendo parte esqueleto facial (naso-etmoidiana)
14-02-036	Extirpación total ampliada del hueso temporal
14-02-037	Maxilectomía parcial y reparación protésica
14-02-038	Maxilectomía parcial (incluye paladar óseo; reparación con colgajo)
14-02-039	Maxilectomía radical ampliada (incluye exanteración orbitaria y de fosa craneal anterior o media)
14-02-040	Maxilectomía radical clásica (incluye exanteración orbitaria y reparación con colgajo)
14-02-041	Maxilectomía radical clásica (incluye exanteración orbitaria y reparación protésica)
14-02-042	Glosectomía parcial, reparación primaria
14-02-043	Resección amplia de tumor maligno cavidad oral y orofaríngea y disección ganglionar cervical
14-02-044	Hemimandibulectomía
14-02-045	Mandibulectomía total
14-02-046	Operación "comando" (incluye extirp. del tumor, hemimandibulectomía y disección ganglionar radical de cuello)
14-02-047	Resección parcial de mandíbula
14-02-048	Extirpación de tumor intraoral amplia en tercio posterior cavidad oral (región faríngea)



16-02-211	Cabeza, cuello, genitales: tratamiento quirúrgico de tumor maligno por escisión total o parcial, con o sin sutura, por cada lesión o melanoma cualquier localización
16-02-212	Resto del cuerpo: tratamiento quirúrgico de tumor maligno por escisión total o parcial, con o sin sutura, por cada lesión
16-02-213	Cabeza, cuello, genitales o melanoma cualquier ubicación: ampliación de márgenes quirúrgicos de tumor maligno extirpado previamente
16-02-214	Resto del cuerpo: ampliación de márgenes quirúrgicos de tumor maligno extirpado previamente
16-02-215	Tumores vasculares profundos Cara, cuero cabelludo, cuello, genitales
16-02-216	Tumores Vasculares Profundos Resto del cuerpo
18-02-008	Tumor y/o quiste peritoneal (parietal)
18-02-009	Tumor y/o quiste retroperitoneal
18-02-028	Colecistectomía c/s colangiografía operatoria
18-02-031	Colecistostomía (proc. aut.)
18-02-032	Colédoco o hepatoenteroanastomosis
18-02-033	Coledocostomía supraduodenal o hepaticostomía (proc. aut.)
18-02-081	FALTA NOMBRE COLECISTECTOMIA QUE FALTA
18-02-034	Colocación de válvula peritoneoyugular derivativa de ascitis
18-02-039	Hepatectomía segmentaria (proc. aut.)
18-02-041	Lobectomía hepática (proc. aut.)
18-02-081	Colecistectomía por videolaparoscopia, proc. completo
18-03-004	Biopsia quirúrgica rectal (proc. aut.)
18-03-029	Panproctocolectomía (2 equipos)
18-03-032	Resección abdómino-perineal de ano y recto (2 equipos)
18-03-033	Resección abdómino-perineal de ano y recto ampliada (2 equipos) (incluye genitales femeninos)
18-03-034	Resección anterior de recto
18-03-035	Resección perineal de ano y recto

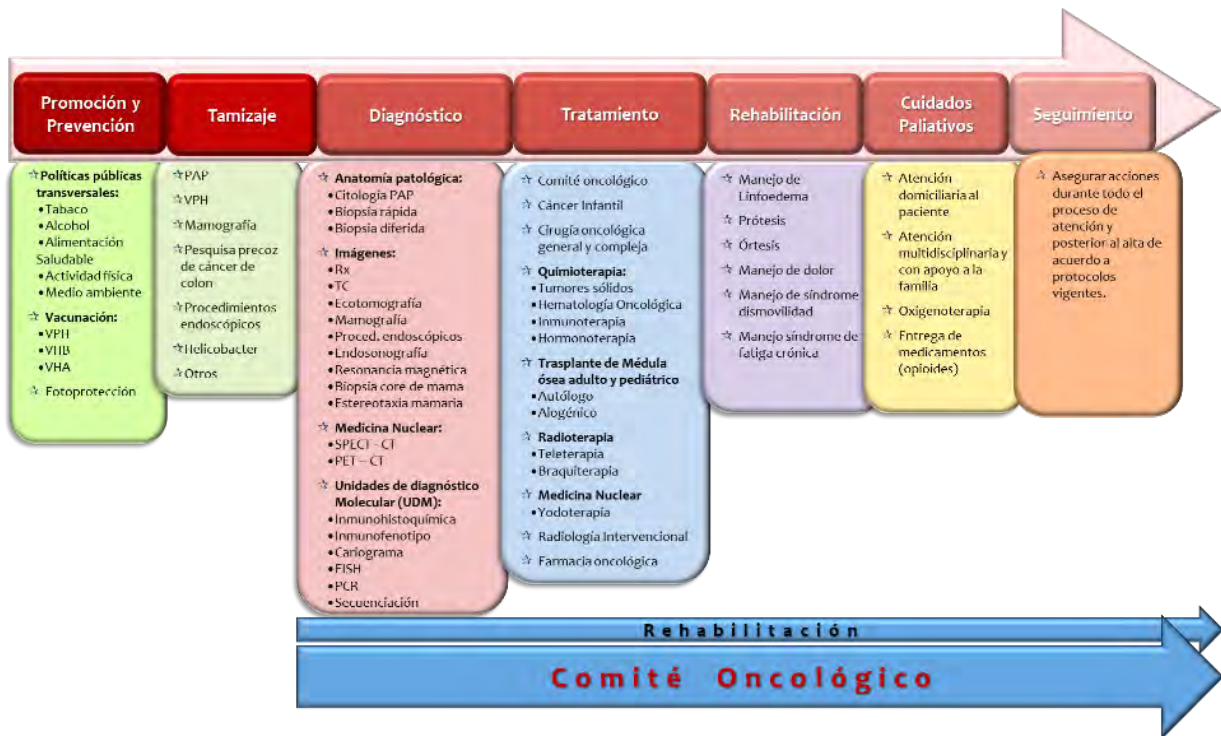
Anexo N°2: “Distribución de la red oncológica por macrorregiones”.

Macrorregión	Servicio de Salud
Norte	Arica
	Iquique
	Antofagasta
	Atacama
Centro Norte	Coquimbo
	Valparaíso San Antonio
	Viña del Mar Quillota
	Aconcagua
Centro	Metropolitano Norte
	Metropolitano Occidente
	Metropolitano Central
	Metropolitano Oriente
	Metropolitano Sur
	Metropolitano Sur Oriente
Centro Sur	Del Libertador B. O'Higgins
	Del Maule
Sur	Ñuble
	Concepción
	Talcahuano



Extremo Sur	Biobío
	Arauco
	Araucanía Norte
	Araucanía Sur
	Valdivia
	Osorno
	Del Reloncaví
	Chiloé
	Aysén
Magallanes	

Anexo N°3: "Mapa de proceso de atención integral de oncología".





COMPROMISO DE GESTIÓN N°8  
**DISEÑO DE REDES ASISTENCIALES  
INTEGRADAS**



<b>Ámbito RISS:</b>	Modelo Asistencial.
<b>Atributo:</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Población y territorio a cargo definido y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud, que determinan la oferta de servicios de salud.</li><li>2. Una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, gestión de enfermedades, y cuidados paliativos, y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud personales y los servicios de salud pública.</li><li>3. Un primer nivel de atención multidisciplinario que cubre a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población.</li><li>4. Mecanismos de coordinación asistencial</li></ol>

## Objetivo General

Actualizar el Diseño de la Red Asistencial de cada Servicio de Salud, en base a su contexto territorial, las necesidades de salud de la población y sus determinantes sociales, optimizando los recursos existentes, para así mejorar el acceso y calidad de la atención en salud.

## Objetivos Específicos

- Aplicar los elementos metodológicos establecidos para la confección y el desarrollo del Diseño de la Red Asistencial, según Orientaciones Técnicas 2021.
- Realizar levantamiento de información en cada Servicio de Salud, a fin de establecer un diagnóstico territorial de la Red Asistencial y su población que permita la toma de decisiones en diferentes ámbitos de acción y respalde acciones estratégicas tales como proyectos de inversión, cambio de complejidad, Modelo de Gestión, Rediseño de Red, entre otros.
- Fortalecer la articulación de la Red Asistencial con sus niveles a atención y recursos existentes.

## Marco Referencial y Consideraciones Técnicas

El Modelo de Atención Integral planteado por la Reforma de Salud, sitúa a “las personas y sus necesidades, como el eje central del quehacer del sistema de salud y para ello plantea que el sistema se disponga, de la misma forma que las personas organizan la búsqueda de la satisfacción de sus necesidades”<sup>23</sup>.

Para estos efectos, se requiere conocer las necesidades de las personas en su ambiente, las variables que influyen en su proceso de salud-enfermedad-salud, la cultura que predomina para mantener la salud, para enfrentar la enfermedad y las redes familiares y sociales que el usuario ocupa en ese proceso. Con el propósito, de llevar a cabo el Modelo de Atención Integral, la Reforma plantea un Modelo de Gestión en Red basado en el

<sup>23</sup> Ministerio de Salud. Septiembre 2009. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Integración de Redes. Serie de Cuadernos Nº 28. Diseño del Proceso Clínico Asistencial en la Red Pública de Salud En Chile.



Fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud con el Modelo de Salud Familiar, en la Transformación Hospitalaria con énfasis en la Ambulatorización y la Articulación de la Red Asistencial<sup>24</sup>.

El Modelo de Gestión en Red, consiste en la operación del conjunto de Establecimientos, de diferentes niveles de atención, interrelacionados por una serie de protocolos y estilos de trabajo acordados y validados entre los integrantes, que permiten el tránsito de los usuarios entre ellos, de acuerdo con el flujo determinado para cada uno de los problemas de salud, asegurando la continuidad de la atención.

La forma de organización del sistema de salud es a través de Redes Asistenciales e implica una nueva forma de relacionarse, a través de la articulación y complementariedad entre sí, para alcanzar objetivos comunes y satisfacer las necesidades de los usuarios. Las características más relevantes de una Red son la flexibilidad, la fluidez y la horizontalidad de las relaciones. Todas estas características, insertas en el dinamismo que se constituye como el elemento clave, que debe ser incorporado en el Diseño/Rediseño de la Red Asistencial de cada Servicio de Salud, puesto que será fundamental al momento de adaptarse a los cambios inherentes de las Redes.

La conformación de la Red Asistencial de cada Servicio de Salud, contempla diferentes componentes que corresponden al "conjunto de Establecimientos Asistenciales públicos que forman parte del Servicio, los Establecimientos municipales de Atención Primaria de Salud de su territorio y los demás Establecimientos públicos o privados que mantengan convenios con el Servicio de Salud respectivo para ejecutar acciones de salud, los cuales deberán colaborar y complementarse entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población"<sup>25</sup>.

La Red de cada Servicio de Salud se organiza "con un primer Nivel de Atención Primaria, compuesto por Establecimientos que ejercerán funciones Asistenciales en un determinado territorio con población a cargo y otros niveles de mayor complejidad que sólo recibirán derivaciones desde el primer nivel de atención conforme a las normas técnicas que dicte al efecto el Ministerio de Salud, salvo en los casos de urgencia y otros que señalen la ley y los reglamentos"<sup>26</sup>.

A los Servicios de Salud, les corresponde la "articulación, gestión y desarrollo de la Red Asistencial correspondiente, para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud, como también la rehabilitación y cuidados paliativos de las personas enfermas. En lo que se refiere a su funcionamiento, se someten a la supervigilancia del Ministerio de Salud, debiendo cumplir con las políticas, normas, planes y programas que éste apruebe"<sup>27</sup>.

<sup>24</sup> Organización Panamericana de la Salud. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. Serie Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud N° 3. Lineamientos Metodológicos para la Realización De Análisis Funcionales De Las Redes De Servicios De Salud. [www.paho.org/spanish/Hsp/HSO/doc238.pdf](http://www.paho.org/spanish/Hsp/HSO/doc238.pdf).

<sup>25</sup> Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales FLACSO Sede Chile. 2005 Diplomado en Gerencia Social y Políticas Públicas. Método de Marco Lógico: conceptos y aplicaciones.

<sup>26</sup> Ministerio de Salud. 2008. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Gestión de Red Asistencial. Norma Técnica: Registro y Gestión de Información de espera de atenciones de Salud.

<sup>27</sup> Ministerio de Salud. 2010. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Integración de Redes. Serie de Cuadernos N° 13. "Orientaciones Para la Planificación y Programación En Red Año 2009.



El Director del Servicio de Salud, tiene el rol de Gestor de Red, siendo responsable de la organización, planificación, coordinación, evaluación y control de las acciones de salud que presten los Establecimientos de la Red Asistencial del territorio de su competencia, para los efectos del cumplimiento de las políticas, normas, planes y programas del Ministerio de Salud. Asimismo, debe velar por la referencia y contrarreferencia de los usuarios del Sistema, tanto dentro como fuera de la mencionada Red, conforme a las normas técnicas que dicte el Ministerio de Salud.

El Gestor de Red, dispone de distintas instancias para facilitar la Articulación de la Red Asistencial. Uno de ellos, es el Consejo de Integración de la Red Asistencial (CIRA). Este Consejo, está constituido por representantes de Establecimientos de salud públicos de todos los niveles de atención y privados que integren la Red Asistencial del Servicio y presidido por el Gestor de Red. Tiene carácter asesor y consultivo, proponiendo todas las medidas que considere necesarias para optimizar la adecuada y eficiente coordinación y desarrollo entre la Dirección del Servicio de Salud, los hospitales y los Establecimientos de Atención Primaria, sean estos propios del Servicio o Establecimientos municipales de Atención Primaria de Salud. Asimismo, le corresponde analizar y proponer soluciones en las áreas en que se presenten nodos críticos, en la debida integración de los referidos niveles de atención de los usuarios<sup>28</sup>.

El trabajo de la Red Asistencial del Servicio de Salud se sitúa en un contexto de intersectorialidad y territorialidad, que debe tener las características de coordinación y complementariedad de Instituciones representativas de distintos sectores sociales, mediante interacciones conjuntas destinadas a transformar la situación de salud y aportar al bienestar y calidad de vida de la población.

Las sinergias de los distintos actores involucrados aumentan la productividad y permite compartir responsabilidades, recursos e instrumentos disponibles. Amplía las capacidades institucionales, especialmente las relacionadas con capital humano y social, lo cual crea condiciones para lograr efectos multiplicadores. El desafío está en aceptar la diversidad y gestionar la diferencia.

Considerando los elementos mencionados anteriormente, es importante señalar que el Sistema de Salud, en el desafío de construir la Red Asistencial de los Servicios de Salud, pretende transitar desde un Diseño/Rediseño de Red que surge desde la oferta, desde lo que el sistema sabe hacer y ofrecer, a un Diseño/Rediseño de Red, que se origine a partir de las necesidades de las personas; es decir, desde la demanda, incorporando al usuario en este proceso de cambio.

El Sistema de Salud en Chile, se desarrolla esencialmente en un proceso de continuidad de la atención en torno al usuario, que tiende a la satisfacción de sus necesidades en el proceso de salud-enfermedad<sup>29</sup>. El proceso de continuidad de la atención se efectúa a través de la Red Asistencial, que convive e interactúa con la Red Intersectorial, tanto pública como privada. La funcionalidad de esta Red Asistencial está determinada por dos factores, uno, la Complejidad Social de la población a la que atiende y otro, la Complejidad Técnico Asistencial de la resolución de problemas de salud.

<sup>28</sup> Ministerio de Salud. 2010. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Integración de Redes. Serie de Cuadernos N° 26. Orientaciones Para la Planificación y Programación En Red Año 2010.

<sup>29</sup> Ministerio de Salud. 2004. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Atención Primaria. Departamento de Recursos Humanos y Relaciones Laborales de Atención Primaria de Salud. Marco Jurídico de la Atención Primaria de Salud Municipal.





A su vez, la Red se operativiza a través de los procesos asistenciales claves que incorporan la Atención Primaria, de Especialidades, de Hospitalización, Intervenciones Quirúrgicas y Urgencia.

## Definiciones y Terminología

- **Demanda:** número de prestaciones requeridas por la población del área geográfica en un determinado período e implica traducir las necesidades de salud en prestaciones de salud. Este proceso de transformación de necesidades en prestaciones requiere caracterizar la demanda desde la perspectiva Demográfica, Epidemiológica, la Demanda Explícita y la Demanda Oculta, con el fin de tener una visión integral de las necesidades de salud de la población.
- **Oferta:** número de recursos humanos y físicos o su traducción en prestaciones que están disponibles para otorgarlas en el determinado periodo y en una determinada red de salud.
- **Cartera de servicios:** es el resultado de las distintas líneas de producción de servicios que posee el Establecimiento o la Red, generadas a partir de los diferentes procesos productivos que ocurren en el o los establecimientos.
- **Capacidad resolutive:** es la capacidad que tiene un establecimiento de Salud para responder de manera integral y oportuna a una demanda de atención, dependiendo de la oferta optimizada y entregando los elementos diagnósticos y terapéuticos que correspondan.
- **Cobertura:** es la proporción de personas con necesidades de servicios, que reciben atención para tales necesidades, en un tiempo determinado.
- **Complejidad:** se refiere al tipo de interacciones que se producen en los diferentes tipos de atenciones de acuerdo con los énfasis y a los actores. Eso lleva a tener que desarrollar herramientas y competencias específicas según el tipo de complejidades a las que se enfrente.
- **Niveles de complejidad:** se define en función del desarrollo de especialidades y está relacionado con la competencia y desarrollo de su personal, equipamiento e infraestructura.
- **Proceso:** es el conjunto de fases sucesivas de un fenómeno en un lapso de tiempo. Se refiere al cambio de estado, desde un estado inicial hasta un estado final. Conocer el proceso significa conocer las interacciones experimentadas por el sistema mientras está en comunicación con su medio o entorno. El Diseño de Redes conlleva varios procesos de atención y de gestión y la trayectoria o ruta de estos procesos.
- **Procesos claves:** son aquellos procesos que inciden de manera significativa en los objetivos.
- **Gestor de red:** rol que corresponde al director del servicio de salud, quien es el responsable del funcionamiento de la red de su servicio de salud y la efectiva coordinación de esta con otras redes, con el fin de satisfacer las necesidades de salud de la población.

## Nombre del Indicador

- **8.1** Porcentaje de cumplimiento de las etapas del proceso del Diseño de la Red Asistencial del año 2021 en el periodo.
- **8.2** Porcentaje de cumplimiento de las acciones relativas a la actualización del Diseño de la Red Asistencial y la elaboración de un Plan de trabajo 2022 en el periodo.

## Meta Nacional Año 2021



- Los Servicios de Salud logran el **100,0%** del cumplimiento del proceso de actualización del Diseño de la Red Asistencial de forma participativa.

## Metodología de Evaluación

Indicador	Ponderación por Corte
8.1 Porcentaje de cumplimiento de las etapas del proceso del Diseño de la Red Asistencial del año 2021 en el periodo.	2,0%
8.2 Porcentaje de cumplimiento de las acciones relativas a la actualización del Diseño de la Red Asistencial y la elaboración de un Plan de trabajo 2022 en el periodo.	2,0%

### Ficha General Indicador

Nombre del Indicador	<b>8.1 Porcentaje de cumplimiento de las etapas del proceso del Diseño de la Red Asistencial del año 2021 en el periodo.</b>
Fórmula de Cálculo	(Número de etapas cumplidas para la elaboración del Diseño de la Red en el periodo / Total de etapas para la elaboración del Diseño de la Red en el periodo) x 100.
Fuente de Datos	Reportes en Formato MINSAL.

### Metas y Ponderaciones por Corte

	I Corte	15% de la evaluación anual
Número Acción	1	
Acciones y/o Metas Específicas	Cada Servicio de Salud, deberá recoger, analizar y entregar al equipo responsable, el <b>50,0%</b> de la estimación de la demanda y de la oferta, establecida para el Diseño de la Red Asistencial.	
Medios de Verificación	i. Entrega de documento en formato establecido con el 50,0% de la estimación de la demanda y el 50,0% de la oferta al equipo Ministerial responsable.	
Fórmula de Cálculo:	(Número de etapas cumplidas para la elaboración del Diseño de la Red en el periodo / Total de etapas para la elaboración del Diseño de la Red en el periodo) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

	II Corte	15% de la evaluación anual
Número Acción	2	
Acciones y/o Metas Específicas	Cada Servicio de Salud deberá recoger, analizar y entregar al equipo responsable, el <b>100,0%</b> de la estimación de la demanda y de la oferta, establecida para el Diseño de la Red Asistencial.	
Medios de Verificación	i. Entrega de documento en formato establecido con el 100,0% de la demanda y de la oferta al equipo Ministerial responsable.	
Fórmula de Cálculo:	(Número de etapas cumplidas para la elaboración del Diseño de la Red en el periodo / Total de etapas para la elaboración del Diseño de la Red en el periodo) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	



III Corte		35% de la evaluación anual
Número Acción	3	
Acciones y/o Metas Específicas	Cada Servicio de Salud deberá entregar un informe en formato establecido, con el Diagnóstico Territorial de la Red Asistencial, incorporando todo el análisis de la oferta, demanda y sus conclusiones.	
Medios de Verificación	i. Entrega de documento que contenga el diagnóstico territorial de la red y sus conclusiones que darán el soporte para la confección del Diseño de la Red Asistencial.	
Fórmula de Cálculo:	$(\text{Número de etapas cumplidas para la elaboración del Diseño de la Red en el periodo} / \text{Total de etapas para la elaboración del Diseño de la Red en el periodo}) \times 100$ .	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

IV Corte		35% de la evaluación anual
Número Acción	4	
Acciones y/o Metas Específicas	Cada Servicio de Salud deberá entregar su Diseño de la Red Asistencial, el cual debe contener el análisis de datos correspondiente a la información entregada, respecto a su oferta, demanda, diagnóstico territorial y Diseño de la Red Asistencial, incluyendo las observaciones realizadas por el comité de expertos.	
Medios de Verificación	i. Entrega del 100% del documento Diseño de la Red en formato establecido al equipo Ministerial responsable.	
Fórmula de Cálculo:	$(\text{Número de etapas cumplidas para la elaboración del Diseño de la Red en el periodo} / \text{Total de etapas para la elaboración del Diseño de la Red en el periodo}) \times 100$ .	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

### Ficha General Indicador

Nombre del Indicador	<b>8.2 Porcentaje de cumplimiento de las acciones relativas a la actualización del Diseño de la Red Asistencial y la elaboración de un Plan de trabajo 2022 en el periodo.</b>
Fórmula de Cálculo	$(\text{Número de etapas cumplidas para la actualización del Diseño de la Red Asistencial en el periodo} / \text{Total de etapas para la actualización del Diseño de la Red Asistencial en el periodo}) \times 100$ .
Fuente de Datos	Envío de información por los Servicios de Salud.

### Metas y Ponderaciones por Corte

I Corte		20% de la evaluación anual
Número Acción	1	
Acciones y/o Metas Específicas	Cada Servicio de Salud, deberá entregar una Resolución Exenta informando el equipo responsable para elaborar el Diseño de Red y un Plan de trabajo con carta Gantt que establezca las actividades a desarrollar para su cumplimiento.	
Medios de Verificación	i. Envío de Resolución Exenta informando los integrantes que componen el equipo de trabajo, identificando al encargado del equipo y su subrogante, además de una Carta Gantt anual que contenga las actividades necesarias para la confección del Diseño de Red.	
Fórmula de Cálculo:	$(\text{Número de etapas cumplidas para la actualización del Diseño de la Red Asistencial en el periodo} / \text{Total de etapas para la actualización del Diseño de la Red Asistencial en el periodo}) \times 100$ .	



	periodo / Total de etapas para la actualización del Diseño de la Red Asistencial en el periodo) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

	<b>II Corte</b>	<b>20% de la evaluación anual</b>
Número Acción	2	
Acciones y/o Metas Específicas	Cada Servicio de Salud deberá realizar un trabajo participativo con su red y el equipo Minsal, considerando su demanda y oferta del Diseño de la Red Asistencial.	
Medios de Verificación	i. Entrega de Carta Gantt con tareas cumplidas para el periodo, utilizada para la determinación de la demanda y oferta de la Red, en formato establecido.	
Fórmula de Cálculo:	(Número de etapas cumplidas para la actualización del Diseño de la Red Asistencial en el periodo / Total de etapas para la actualización del Diseño de la Red Asistencial en el periodo) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

	<b>III Corte</b>	<b>40% de la evaluación anual</b>
Número Acción	3	
Acciones y/o Metas Específicas	Cada Gestor de Red deberá presentar su Diseño de la Red preliminar ante una comisión de expertos, quienes complementarán información para el Diseño de la Red por Servicio de Salud. La presentación debe contener el análisis de demanda, oferta y diagnóstico territorial, según formato.	
Medios de Verificación	i. Exposición del Gestor de Red ante comisión de expertos en fecha y hora establecida.	
Fórmula de Cálculo:	(Número de etapas cumplidas para la actualización del Diseño de la Red Asistencial en el periodo / Total de etapas para la actualización del Diseño de la Red Asistencial en el periodo) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

	<b>IV Corte</b>	<b>20% de la evaluación anual</b>
Número Acción	4	
Acciones y/o Metas Específicas	Confeccionar Plan de Trabajo para el año 2022, donde se identifiquen estrategias de gestión para optimizar el trabajo en Red según diseño actualizado.	
Medios de Verificación	i. Entrega de documento con Plan de Trabajo año 2022 en formato establecido al equipo Ministerial responsable.	
Fórmula de Cálculo:	(Número de etapas cumplidas para la actualización del Diseño de la Red Asistencial en el periodo / Total de etapas para la actualización del Diseño de la Red Asistencial en el periodo) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	



COMPROMISO DE GESTIÓN N°9  
**FORTALECIMIENTO DE LA SALUD  
MENTAL**



<b>Ámbito RISS:</b>	Modelo Asistencial.
<b>Atributo:</b>	2. Una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, gestión de enfermedades, y cuidados paliativos, y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud personales y los servicios de salud pública. 3. Un primer nivel de atención multidisciplinario que cubre a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población.

## Objetivo General

Optimizar y fortalecer el funcionamiento de la Red Temática de Salud Mental en la Red Asistencial para dar una atención oportuna a la población con necesidades de salud mental, considerando las iniciativas vinculadas a Saludablemente en el contexto de pandemia por COVID-19.

## Objetivos Específicos

- Actualizar el diseño de la Red Temática de Salud Mental en la Red Asistencial de cada Servicio de Salud, considerando estructura y relaciones en coherencia con el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria, para optimizar la respuesta a las necesidades de salud mental de la población, considerando contexto de pandemia por COVID-19.
- Asegurar que los centros de atención primaria de la red de salud cuenten con actividades de Consultoría de Salud Mental, a través de una planificación anual en red, con ejecución mensual y aplicación de pauta de supervisión, de acuerdo a los criterios de calidad vigentes.
- Optimizar, fortalecer y adecuar al contexto de pandemia cuando se requiera, las estrategias de articulación de la Red y gestión terapéutica, promoviendo y reforzando el papel fundamental de la Atención Primaria y su estrecha relación con Salud Mental de Especialidad, para personas con necesidades de salud mental en situación de complejidad, gravedad y vulnerabilidad, potenciando el Comité Articulador de Continuidad de Cuidados y otras estrategias territoriales.

## Marco Referencial y Consideraciones Técnicas

La Organización Mundial de la Salud ha reconocido a la salud mental como un aspecto fundamental para el bienestar y el desarrollo de las personas, las sociedades y los países. La salud mental es un elemento primordial para disfrutar de calidad de vida, entendiendo este concepto como las experiencias satisfactorias de vida personal, interpersonal y comunitaria, acorde al curso de vida, género y cultura en que viven las personas. La salud mental está determinada por factores de interacción social y psicológica, al igual que lo está la salud general.

Según los estudios epidemiológicos de trastornos psiquiátricos en Chile (Vicente, Kohn, Rioseco, et al, 2006; de la Barra y Cols, 2012), casi un tercio de la población mayor de 15 años ha sufrido un trastorno psiquiátrico en su vida y un 22,2% durante el último año.



La última encuesta nacional de salud 2016–2017, indica que la prevalencia de depresión en adultos, durante el último año, es de 6,2%. (Encuesta Nacional de Salud 2016–2017). Respecto a la carga de enfermedad en Chile la mayor parte está determinada por el grupo de enfermedades no transmisibles representando el 83,9% del total de AVISA para el año 2004, de las cuales las condiciones neuropsiquiátricas representan el subgrupo más importante (23,2%). Entre las causas específicas de AVISA en Chile, los trastornos depresivos unipolares (4,5%) se encuentran en segundo lugar y la dependencia al alcohol en cuarto lugar (3,4%), haciendo evidente la importancia que tienen las patologías psiquiátricas en la pérdida de años por discapacidad y muerte prematura. Al revisar los resultados por sexo se observa que en el caso de los hombres la dependencia al alcohol sube al segundo lugar, mientras que, en mujeres, los trastornos depresivos unipolares y los ansiosos ocupan el tercer y cuarto lugar respectivamente.

En el ámbito de la salud mental, Chile ha experimentado significativos avances en los últimos 25 años, sin embargo, las brechas existentes muestran la necesidad de mejorar tanto la oferta como la calidad de los servicios. Dentro de los avances de la implementación del modelo comunitario de atención en salud mental se identifican, entre otras necesidades, las de avanzar respecto a la desconcentración, la diversificación y la territorialización de la oferta, imponiendo el desafío de actualizar la organización de los servicios en salud mental, en el contexto de su integración efectiva en la red general de salud.

En este contexto se ha formulado el Plan Nacional de Salud Mental 2017–2025 y el Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud, cuyo objetivo central es sustentar el desarrollo óptimo de la red de servicios de salud mental, haciéndolos más accesibles, equitativos y resolutivos de las necesidades de salud mental de las personas, desde un enfoque de derechos.

Un desafío para los servicios de salud es la implementación de este modelo de gestión, que permita superar la fragmentación de la oferta de servicios que en la actualidad presenta cada red, como también integrar y articular la sub red de salud mental con la red de salud general del sistema de salud público. Al respecto la continuidad de cuidados se convierte en una meta a desarrollar por los equipos de salud, debiéndose fortalecer las estrategias de articulación de red en pos de una mejor resolución de las situaciones de los usuarios, en particular de la población infanto-adolescente, con tiempos de respuestas más acotados y con criterios de calidad, para así aportar a los procesos de recuperación e inclusión socio- comunitaria.

Lo anterior, implica un profundo conocimiento de la población de cada servicio de salud, de las características del territorio, de sus necesidades, de las estrategias que han desarrollado para enfrentar sus necesidades de salud mental, y así poder saber qué tan distantes se está de cumplir estas necesidades y qué acciones se tienen que realizar para resolverlas. De este modo, surge el desafío de actualizar el diseño de la red de salud mental de cada Servicio de Salud.

Para cumplir con una organización eficiente de la red y lograr que esta responda a las necesidades de la población, en cada Servicio de Salud del país debe existir un Diseño/Rediseño de la Red Asistencial, que va revisándose continuamente y actualizándose en la medida que sea necesario. La metodología que está a la base plantea el desarrollo de tres etapas: 1) Planificación; 2) Implementación y 3) Evaluación; las cuales tienen un carácter dinámico y continuo que tras la retroalimentación y adaptación, da inicio a un nuevo ciclo de planificación y organización. Lo anterior se puede ilustrar de la siguiente forma:



Proceso de Diseño/Rediseño de la Red Asistencial de los Servicios de Salud



El proceso de actualización del Diseño de la Red Temática de Salud Mental en la Red Asistencial es de responsabilidad de los Servicios de Salud, está a cargo del director/a del servicio de salud respectivo, en su rol de Gestor/a de Red, y con el liderazgo del equipo gestor de Salud Mental (Departamento, Unidad u otro según la organización de cada Servicio de Salud). Deben estar involucrados el conjunto de nodos y puntos de atención de la red de cada Servicio de Salud, además de SEREMI, el intersector, las organizaciones de personas usuarias, familiares y la comunidad organizada. En este sentido, es crucial vincular este proceso de actualización con foco en salud mental con la comisión de trabajo del diseño de la red asistencial del servicio de salud, incorporando los actores claves como, tales como: Departamento de Atención Primaria, Departamento de Gestión y Control de la Información, Departamento de Gestión y Control de las Personas, Unidad/Departamento de Salud Mental, RRHH, Departamento de Informática, Unidad de Calidad, Departamento de Finanzas y contabilidad, entre otros.

Proceso	Etapas	Sentido	Objetivos
Planificación	Caracterización de la Demanda	Saber qué tan distantes estamos y qué acciones tenemos que hacer.	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. Conocer la población, el territorio y sus especificidades.</li> <li>ii. Establecer la interacción de los determinantes sociales con la salud mental de la población.</li> <li>iii. Determinar las necesidades de la población en salud mental en el territorio.</li> <li>iv. Conocer las estrategias que ha desarrollado la población para enfrentar necesidades de salud mental.</li> </ul>





	Identificación de la Oferta		v. Reconocer con qué y cómo estamos respondiendo a las necesidades de salud mental.
	Rediseño de la red		vi. Conocer la calidad y utilidad de la oferta. vii. Conocer las brechas de salud mental presentes en la Red. ii. Optimizar la oferta existente en salud mental de la Red.  ix. Mapa de derivación. x. Situación óptima deseada. xi. Diseño del plan de trabajo: priorización, recursos con los que se cuenta, indicadores de evaluación.

De igual manera, dentro del Modelo de Gestión de Red Temática de Salud Mental (MGRTSM) se han definido una serie de estrategias de articulación de la red en los ámbitos de gestión dentro de la red de salud y con el intersector, en específico en la mesogestión y microgestión, en torno a la resolución de las necesidades de atención de salud mental de las personas usuarias de la red de salud, entre los que se encuentran los Consejos Técnicos de Salud Mental, el Comité Articulador de Continuidad de Cuidados, la gestión terapéutica, los Planes de Cuidados Integrales, las Consultorías de Salud Mental, el Comité de Ingreso a la Atención Cerrada, entre otros. Sin embargo, muchas de estas estrategias aún presentan grandes desafíos desde el punto de vista de su implementación, requiriendo el desarrollo de definiciones operativas, alineadas con la realidad de cada territorio.

La consultoría de salud mental se define como la actividad conjunta y de colaboración permanente entre el equipo de especialidad en salud mental y el equipo de salud general del nivel primario, que tiene como propósito potenciar la capacidad resolutoria del nivel primario, mejorar la referencia y contra referencia de personas, entre ambos niveles de atención y garantizar la continuidad de cuidados de la población usuaria con problemas de salud mental o trastornos mentales (Ministerio de Salud, 2016).

La consultoría incluye tres componentes:

1. Supervisión y apoyo del equipo consultor al equipo consultante respecto a un caso clínico.
2. Capacitación respecto a situaciones clínicas, a partir de los casos que se abordan en conjunto, considerando que la complejidad no está determinada sólo por el diagnóstico médico psiquiátrico.
3. Coordinación clínica y administrativa respecto a continuidad de cuidados de pacientes y al funcionamiento del programa en el territorio (MINSAL, 2016).

A través de estos componentes se incide directamente en:

1. La integración de la salud mental al sistema sanitario general, promoviendo y reforzando el papel fundamental del nivel primario, y su estrecha relación con el nivel especializado ambulatorio.
2. La generación de estructuras de coordinación territorial que permitan la actuación integrada del conjunto de dispositivos existentes en un mismo ámbito territorial/poblacional.
3. Brindar posibilidades concretas de garantizar la continuidad en la atención a cualquier problema de salud



mental de la población usuaria en el territorio. (MINSAL, 2016).

El rol de las direcciones de los servicios de salud es de realizar gestión de la red en su territorio, siendo la consultoría un recurso efectivo de articulación entre los niveles de atención primaria y de especialidad en salud mental, cuya práctica regular y sistemática contribuye a que el trabajo sanitario, en general, y de salud mental, en particular, se fortalezca en el territorio (MINSAL, 2016).

El Servicio de Salud velará por la realización de las consultorías en la red de establecimientos de la atención primaria de salud y evaluará anualmente la aplicación de la Orientación Técnica de Consultoría utilizando el instrumento “Pauta de Cotejo de Criterios de Calidad para Supervisar Aplicación de Orientaciones Técnicas de Consultorías”, (anexo 1) y desarrollará un plan de monitoreo. Los resultados de esta evaluación deben ser informados a los equipos y establecimientos involucrados y presentada en el CIRA para su discusión y para la planificación de estrategias que permitan ir mejorando la calidad de las Consultorías en el Servicio. Para ello, debe cautelarse su debida inclusión en la planificación y programación en red en ambos niveles de atención, debe monitorizarse su cumplimiento en cantidad y calidad e impulsarse procesos de capacitación y mejoría continua de la calidad (MINSAL, 2016).

## Definiciones y Terminología

- **Actualización Diseño de Red:** Asociado a la implementación del Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental, ha surgido el requerimiento de profundizar el análisis de las necesidades en salud mental de la población, y junto con ello, la oferta disponible con miras a optimizar el funcionamiento actual y proyectar la Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud que se requiere de acuerdo con las particularidades de cada Servicio de Salud. Para el año 2021, se ha definido avanzar en los aspectos de Identificación de la Oferta, Análisis de Brecha, estrategias de cierre de brechas y requerimientos de inversión. Asimismo, se pretende optimizar e implementar estrategias de articulación de la red iniciando con Consultorías y Comité Articulador de Continuidad de Cuidados.
- **Consultoría de Salud Mental:** Actividad conjunta y de colaboración permanente entre el equipo de especialidad en salud mental y el equipo de salud general del nivel primario, que tiene como propósito potenciar la capacidad resolutoria del nivel primario, mejorar la referencia y contra referencia de personas, entre ambos niveles de atención y garantizar la continuidad de cuidados de la población usuaria con problemas de salud mental o trastornos mentales. (MINSAL, 2016).
  - **Participantes de la Consultoría:** La consultoría de salud Mental es efectuada por integrantes del equipo especializado de salud mental y del equipo de salud general del nivel primario. Esto es:
    - Psiquiatra Consultor y médico tratante en el nivel primario de atención.
    - Otros integrantes de ambos equipos. Al menos, uno más del equipo Consultor y dos más del equipo Consultante: un profesional del equipo de sector que atiende al paciente y el coordinador de salud mental del Centro de Atención Primaria.
    - Usuarios, familiares u otros significativos involucrados en el proceso, en modalidad presencial o a través de revisión de ficha clínica.
    - Considerar la eventual incorporación de integrantes de equipos de salud mental del intersector, según sea pertinente, estos equipos pueden ser por ejemplo del Programa Habilidades para la vida de JUNAEB, Programa Vida Nueva, Abriendo Caminos, Salud Mental



Calle del Ministerio de Desarrollo Social, otros programas de SENAME, entre otros que estén implementados en la red local. (MINSAL, 2016).

- **Planificación:**
  - Ambos equipos deben formalizar en su planificación y programación anual de actividades, el tiempo necesario para la adecuada realización, expresado esto en una agenda consensuada y conocida por las respectivas jefaturas.
  - Es imprescindible definir un cronograma anual (fecha y hora) de realización de Consultorías consensuado y formalizarlo administrativamente.
  - Es necesario hacer una definición consensuada de la población en la que se enfocará la Consultoría, según curso de vida, atendiendo a la disponibilidad del recurso Consultor. (MINSAL, 2016).
- **Lugar de Realización:** La Consultoría debe efectuarse en el lugar de desempeño del equipo de atención primaria, esto es en el Centro de Salud del nivel primario, en el Hospital Comunitario o en otro espacio comunitario definido de manera consensuada. (MINSAL, 2016).
- **Teleconsultoría:** El objetivo de la Teleconsultoría va desde la construcción de programas y redes, el traspaso y retroalimentación de competencias entre el nivel primario y secundario, hasta la mejor atención de las personas que acuden al nivel primario. Es una consultoría que utiliza medios tecnológicos que permiten alcanzar a lugares remotos, o para los cuales los recursos disponibles no permiten alcanzar presencialmente. (MINSAL, 2016). Las consultorías de salud mental deben realizarse preferentemente de manera presencial y excepcionalmente por telemedicina, cumpliendo con los criterios de calidad y normas establecidos (MINSAL, 2018).
- **Gestión Terapéutica:** Alude a la organización del trabajo terapéutico en torno a un Plan de Cuidados Integrales y a la figura del Gestor Terapéutico. Uno de los roles primordiales de la gestión terapéutica es la colaboración con la persona usuaria en la construcción de su proyecto de vida, eje central de su recuperación, teniendo en consideración los principios bioéticos y apoyándola activamente en su ejercicio de derechos. Los elementos necesarios para implementar la gestión terapéutica implican: 1) Definir un gestor/a terapéutico/a; 2) Formular un Plan de Cuidados Integrales, supervisar sus avances y pendientes, coordinar su reformulación. Entre las actividades que realiza de acuerdo con el Plan de Cuidados Integrales (PCI) de cada persona se encuentran:
  - Apoyo, acompañamiento y asesoramiento a la persona, familia y/o red, fomentando la autonomía de la persona.
  - Promoción de adherencia terapéutica.
  - Detección y anticipación ante situaciones de crisis.
  - Apoyo en el proceso de coordinación de la persona usuaria con programas del intersector y/o la comunidad para la inclusión sociocomunitaria.
  - Coordinación con otros nodos o puntos de atención para la derivación asistida.
- **Personas con Necesidades de Salud Mental en Situación de Complejidad, Gravedad y Vulnerabilidad:** La complejidad en salud mental abarca un espectro amplio de condiciones del entorno que tienen efectos negativos en la salud mental y en la calidad de vida de la persona, las que deben ser intervenidas integral y oportunamente. La complejidad se relaciona con la necesidad de identificar y abordar dimensiones relacionadas no solo con las características de la enfermedad de una persona, sino también con elementos socioeconómicos, culturales y vinculares, que dan cuenta de las formas del vivenciar y de los potenciales recursos disponibles en pos de actualizar su condición de bienestar. De este modo, se plantea que la



complejidad en salud mental incluye tanto elementos relacionados con la gravedad de la enfermedad como con la vulnerabilidad de cada persona en particular y su comunidad. La vulnerabilidad es definida por como la posibilidad de que las personas desarrollen una enfermedad como resultado de un conjunto de aspectos individuales, colectivos y contextuales que acarrearán mayor susceptibilidad a dicha enfermedad, junto con mayor o menor disponibilidad de recursos para protegerse; siendo esta vulnerabilidad situacional, variable y multidimensional.

## Nombre del Indicador

- **9.1** Porcentaje de cumplimiento de las etapas del proceso de actualización del Diseño de la Red Temática de Salud Mental en la Red Asistencial.
- **9.2** Porcentaje de cobertura de consultorías de salud mental en establecimientos de APS.
- **9.3** Porcentaje de cumplimiento de las etapas del proceso de implementación de estrategias para el fortalecimiento de la gestión terapéutica.

## Meta Nacional Año 2021

- Al año 2021, los Servicios de Salud logran el **100,0%** del cumplimiento del proceso de actualización del Diseño de la Red Temática de Salud Mental en la Red Asistencial.
- Al año 2021, los Servicios de Salud logran un **83,0%** de cumplimiento de cobertura de consultorías de salud mental de adultos, considerando la meta anual de 12 actividades al año por cada Centro de Salud Familiar y Hospital Comunitario.
- Al año 2021, cada Centro de Salud Familiar y Hospital Comunitario **umentan en al menos 1 consultoría de salud mental Infanto-adolescente** en relación a la Línea Base establecida por cada Centro en el año 2019.
- Al año 2021, los Servicios de Salud logran un **83,0%** de cumplimiento de cobertura de **consultorías de salud mental Infanto-adolescente**, considerando la meta anual establecida por cada Centro de Salud Familiar y Hospital Comunitario según línea base 2019.
- Al año 2021, el **100,0%** de los Servicios de Salud cuentan con implementación de estrategias de gestión terapéutica, con énfasis en personas con necesidades de salud mental en situación de complejidad, gravedad y vulnerabilidad.

## Metodología de Evaluación

Indicador	Ponderación por Corte
9.1 Porcentaje de cumplimiento de las etapas del proceso de actualización del Diseño de la Red Temática de Salud Mental en la Red Asistencial.	<b>1,5%</b>
9.2 Porcentaje de cobertura de consultorías de salud mental en establecimientos de APS.	<b>1,5%</b>
9.3 Porcentaje de cumplimiento de las etapas del proceso de implementación de estrategias para el fortalecimiento de la gestión terapéutica.	<b>1,0%</b>

## Ficha General Indicador



Nombre del Indicador	<b>9.1 Porcentaje de cumplimiento de las etapas del proceso de actualización del Diseño de la Red Temática de Salud Mental en la Red Asistencial.</b>
Fórmula de Cálculo	(Número de etapas cumplidas del proceso de actualización del Diseño de la Red Temática de Salud Mental en la Red Asistencial en el periodo / Número de etapas definidas del proceso de actualización del Diseño de la Red Temática de Salud Mental en la Red Asistencial en el periodo) x 100.
Fuente de Datos	Reportes en Formato MINSAL.

### Metas y Ponderaciones por Corte

<b>I Corte</b>		<b>15% de la evaluación anual</b>
Número Acción	<b>1</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Oferta de Salud Mental de cada Servicio de Salud, considerando APS y especialidad	
Medios de Verificación	i. Informe de Identificación de la Oferta de Salud Mental del Servicio de Salud.	
Fórmula de Cálculo:	(Número de etapas cumplidas del proceso de actualización del Diseño de la Red Temática de Salud Mental en la Red Asistencial en el periodo / Número de etapas definidas del proceso de actualización del Diseño de la Red Temática de Salud Mental en la Red Asistencial en el periodo) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

<b>II Corte</b>		<b>35% de la evaluación anual</b>
Número Acción	<b>2</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	1. Análisis de Oferta y Demanda de Salud Mental de cada Servicio de Salud con ajustes al contexto de pandemia. 2. Abordar al menos en 1 instancia participativa el proceso de Actualización del diseño de la Red Temática de Salud Mental.	
Medios de Verificación	i. Informe de Análisis de Oferta y Demanda, Acta de sesión en instancia participativa del proceso de actualización del diseño.	
Fórmula de Cálculo:	(Número de etapas cumplidas del proceso de actualización del Diseño de la Red Temática de Salud Mental en la Red Asistencial en el periodo / Número de etapas definidas del proceso de actualización del Diseño de la Red Temática de Salud Mental en la Red Asistencial en el periodo) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

<b>III Corte</b>		<b>35% de la evaluación anual</b>
Número Acción	<b>3</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	1. Oferta Optimizada, incluyendo los requerimientos de inversión 2. Abordar al menos en 1 instancia participativa el proceso de Actualización del diseño de la Red Temática de Salud Mental.	
Medios de Verificación	i. Informe de Oferta Optimizada y requerimientos de proyecto de inversión en Salud Mental. ii. Acta de sesión en instancia participativa del proceso de Actualización del diseño.	
Fórmula de Cálculo:	(Número de etapas cumplidas del proceso de actualización del Diseño de la Red Temática de Salud Mental en la Red Asistencial en el periodo / Número de etapas definidas del proceso de	



	actualización del Diseño de la Red Temática de Salud Mental en la Red Asistencial en el periodo) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

	<b>IV Corte</b>	<b>15% de la evaluación anual</b>
Número Acción	4	
Acciones y/o Metas Específicas	Actualización del diseño de la Red Temática de Salud Mental en la Red Asistencial.	
Medios de Verificación	i. Informe Final de Actualización del Diseño de la Red Temática de Salud Mental.	
Fórmula de Cálculo:	(Número de etapas cumplidas del proceso de actualización del Diseño de la Red Temática de Salud Mental en la Red Asistencial en el periodo / Número de etapas definidas del proceso de actualización del Diseño de la Red Temática de Salud Mental en la Red Asistencial en el periodo) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

### Ficha General Indicador

Nombre del Indicador	<b>9.2 Porcentaje de cobertura de consultorías de salud mental en establecimientos de APS.</b>
Fórmula de Cálculo	(Nº de actividades de consultorías realizadas en el periodo / Nº de actividades de consultorías de salud mental programadas) x 100.
Fuente de Datos	REM. Envío de información por los Servicios de Salud.

### Metas y Ponderaciones por Corte

	<b>I Corte</b>	<b>25% de la evaluación anual</b>
Número Acción	1	
Acciones y/o Metas Específicas	8,0% de cumplimiento de ejecución de consultorías de salud mental de adultos.	
Medios de Verificación	i. REM A-06, Sección A2, Col. D (Total de Consultorías y Teleconsultorías de salud mental de adultos recibidas).	
Fórmula de Cálculo:	(Nº de actividades de consultorías realizadas en el periodo / Nº de actividades de consultorías de salud mental programadas) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 8,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>5,0% ≤ X &lt; 8,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>3,0% ≤ X &lt; 5,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>1,0% ≤ X &lt; 3,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 1,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

	<b>II Corte</b>	<b>25% de la evaluación anual</b>
Número Acción	2	
Acciones y/o Metas Específicas	33,0% de cumplimiento de ejecución de consultorías de salud mental de adultos.	
Medios de Verificación	i. REM A-06, Sección A2, Col. D (Total de Consultorías y Teleconsultorías de salud mental de	



	adultos recibidas).	
Fórmula de Cálculo:	$(\text{N}^\circ \text{ de actividades de consultorías realizadas en el periodo} / \text{N}^\circ \text{ de actividades de consultorías de salud mental programadas}) \times 100.$	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	$X \geq 33,0\%$	<b>100,0%</b>
	$25,0\% \leq X < 33,0\%$	<b>75,0%</b>
	$16,0\% \leq X < 25,0\%$	<b>50,0%</b>
	$8,0\% \leq X < 16,0\%$	<b>25,0%</b>
	$X < 8,0\%$	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

	<b>III Corte</b>	<b>25% de la evaluación anual</b>
Número Acción	<b>3</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	<b>58,0%</b> de cumplimiento de ejecución de consultorías de salud mental de adultos.	
Medios de Verificación	i. REM A-06, Sección A2, Col. D (Total de Consultorías y Teleconsultorías de salud mental de adultos recibidas).	
Fórmula de Cálculo:	$(\text{N}^\circ \text{ de actividades de consultorías realizadas en el periodo} / \text{N}^\circ \text{ de actividades de consultorías de salud mental programadas}) \times 100.$	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	$X \geq 58,0\%$	<b>100,0%</b>
	$50,0\% \leq X < 58,0\%$	<b>75,0%</b>
	$41,0\% \leq X < 50,0\%$	<b>50,0%</b>
	$33,0\% \leq X < 41,0\%$	<b>25,0%</b>
	$X < 33,0\%$	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	50,0%	
Número Acción	<b>4</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	<b>50,0%</b> de cumplimiento de ejecución de consultorías de salud mental Infanto-adolescentes.	
Medios de Verificación	i. REM A-06, Sección A2, Col. C (Total de Consultorías y Teleconsultorías de salud mental infanto-adolescentes recibidas).	
Fórmula de Cálculo:	$(\text{Número de consultorías de salud mental infanto adolescentes realizadas} / \text{Número de consultorías de salud mental infanto adolescentes programadas}) \times 100.$	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	$X \geq 50,0\%$	<b>100,0%</b>
	$40,0\% \leq X < 50,0\%$	<b>75,0%</b>
	$20,0\% \leq X < 40,0\%$	<b>50,0%</b>
	$10,0\% \leq X < 20,0\%$	<b>25,0%</b>
	$X < 10,0\%$	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	50,0%	

	<b>IV Corte</b>	<b>25% de la evaluación anual</b>
Número Acción	<b>5</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	<b>83,0%</b> de cumplimiento de ejecución de consultorías de salud mental de adultos.	
Medios de Verificación	i. REM A-06, Sección A2, Col. D (Total de Consultorías y Teleconsultorías de salud mental de adultos recibidas).	
Fórmula de Cálculo:	$(\text{N}^\circ \text{ de actividades de consultorías realizadas en el periodo} / \text{N}^\circ \text{ de actividades de consultorías de salud mental programadas}) \times 100.$	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	$X \geq 83,0\%$	<b>100,0%</b>
	$75,0\% \leq X < 83,0\%$	<b>75,0%</b>
	$66,0\% \leq X < 75,0\%$	<b>50,0%</b>



	<b>58,0% ≤ X &lt; 66,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 58,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	20,0%	
Número Acción	<b>6</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	<b>83,0%</b> de cumplimiento de ejecución de consultorías de salud mental Infanto-adolescentes.	
Medios de Verificación	i. REM A-06, Sección A2, Col. C (Total de Consultorías y Teleconsultorías de salud mental infanto-adolescentes recibidas).	
Fórmula de Cálculo:	(Número de consultorías de salud mental infanto adolescentes realizadas / Número de consultorías de salud mental infanto adolescentes programadas) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 83,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>75,0% ≤ X &lt; 83,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>66,0% ≤ X &lt; 75,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>58,0% ≤ X &lt; 66,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 58,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	20,0%	
Número Acción	<b>7</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Porcentaje de cumplimiento de aplicación de Pauta de Cotejo para supervisar la aplicación de Orientación Técnica de Consultorías de Salud Mental.	
Medios de Verificación	i. Informe de cumplimiento de la aplicación de la Pauta de Cotejo del SS.	
Fórmula de Cálculo:	(Número de Establecimientos con Pautas de Cotejo para supervisar la aplicación de Orientación Técnica de consultorías de salud mental aplicadas en el periodo / Número de Establecimientos de APS del Servicio de Salud) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 80,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>65,0% ≤ X &lt; 80,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>50,0% ≤ X &lt; 65,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>35,0% ≤ X &lt; 50,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 35,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	20,0%	
Número Acción	<b>8</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Porcentaje de cumplimiento de resultados de Pauta de Cotejo para supervisar la aplicación de Orientación Técnica de Consultorías de Salud Mental.	
Medios de Verificación	i. Informe de cumplimiento de resultados de la Pauta de Cotejo del SS.	
Fórmula de Cálculo:	(Número de Establecimientos con Pautas de Cotejo para supervisar la aplicación de Orientación Técnica de consultorías de salud mental con Escala de Evaluación excelente y buena, según puntajes OT, en el periodo / Número de Establecimientos con Pautas de Cotejo de consultorías de salud mental aplicadas en el periodo) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 60,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>50,0% ≤ X &lt; 60,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>40,0% ≤ X &lt; 50,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>30,0% ≤ X &lt; 40,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 30,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	20,0%	
Número Acción	<b>9</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Programación de consultorías de salud mental año 2022.	
Medios de Verificación	i. Documento de programación de consultorías de salud mental por cada establecimiento de APS.	
Fórmula de Cálculo:	(Número de Establecimientos de Salud de APS con Programación de consultorías de salud mental de adultos e infanto adolescentes en el periodo / Número de Establecimientos de Salud	





de APS del Servicio de Salud) x 100.

Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	20,0%	

### Ficha General Indicador

Nombre del Indicador	<b>9.3 Porcentaje de cumplimiento de las etapas del proceso de implementación de estrategias para el fortalecimiento de la gestión terapéutica.</b>
Fórmula de Cálculo	(Nº de etapas cumplidas del proceso de implementación de estrategias para el fortalecimiento de la gestión terapéutica, en el nivel de especialidad / Nº de etapas definidas del proceso de implementación de estrategias para el fortalecimiento de la gestión terapéutica, en el nivel de especialidad) x 100.
Fuente de Datos	Reportes en formato MINSAL.

### Metas y Ponderaciones por Corte

<b>I Corte</b>		<b>25% de la evaluación anual</b>
Número Acción	1	
Acciones y/o Metas Específicas	<b>Diagnóstico de situación</b> de las estrategias para el fortalecimiento de la gestión terapéutica, en el nivel de especialidad.	
Medios de Verificación	i. <b>Informe del diagnóstico de situación</b> de las estrategias para el fortalecimiento de la gestión terapéutica, en el nivel de especialidad.	
Fórmula de Cálculo:	(Nº de etapas cumplidas del proceso de implementación de estrategias para el fortalecimiento de la gestión terapéutica, en el nivel de especialidad / Nº de etapas definidas del proceso de implementación de estrategias para el fortalecimiento de la gestión terapéutica, en el nivel de especialidad) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

<b>II Corte</b>		<b>25% de la evaluación anual</b>
Número Acción	2	
Acciones y/o Metas Específicas	<b>Definición de las estrategias</b> para el fortalecimiento de la gestión terapéutica, en el nivel de especialidad.	
Medios de Verificación	i. <b>Informe</b> de las estrategias para el fortalecimiento de la gestión terapéutica, en el nivel de especialidad.	
Fórmula de Cálculo:	(Nº de etapas cumplidas del proceso de implementación de estrategias para el fortalecimiento de la gestión terapéutica, en el nivel de especialidad / Nº de etapas definidas del proceso de implementación de estrategias para el fortalecimiento de la gestión terapéutica, en el nivel de especialidad) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

<b>III Corte</b>		<b>25% de la evaluación anual</b>
------------------	--	-----------------------------------



Número Acción	3	
Acciones y/o Metas Específicas	<b>Plan de Implementación</b> de las estrategias para el fortalecimiento de la gestión terapéutica, en el nivel de especialidad.	
Medios de Verificación	i. <b>Informe con Plan de Implementación</b> de las estrategias para el fortalecimiento de la gestión terapéutica, en el nivel de especialidad.	
Fórmula de Cálculo:	(Nº de etapas cumplidas del proceso de implementación de estrategias para el fortalecimiento de la gestión terapéutica, en el nivel de especialidad / Nº de etapas definidas del proceso de implementación de estrategias para el fortalecimiento de la gestión terapéutica, en el nivel de especialidad) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

<b>IV Corte</b>		<b>25% de la evaluación anual</b>
Número Acción	4	
Acciones y/o Metas Específicas	<b>Plan de Difusión</b> de las estrategias para el fortalecimiento de la gestión terapéutica, en el nivel de especialidad.	
Medios de Verificación	i. <b>Informe Plan de Difusión</b> de las estrategias para el fortalecimiento de la gestión terapéutica, en el nivel de especialidad.	
Fórmula de Cálculo:	(Nº de etapas cumplidas del proceso de implementación de estrategias para el fortalecimiento de la gestión terapéutica, en el nivel de especialidad / Nº de etapas definidas del proceso de implementación de estrategias para el fortalecimiento de la gestión terapéutica, en el nivel de especialidad) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

### Notas del Indicador

1. Para efectos de la evaluación de este indicador se sugiere a lo menos la realización de una Pauta de Cotejo para supervisar la aplicación de Orientación Técnica de Consultorías de Salud Mental por cada Establecimiento de Salud de APS en donde se ejecuta esta actividad.
2. Se deberá realizar a más tardar en el mes de Noviembre de 2021 con el fin de que sus resultados se reflejen en la evaluación del cuarto corte.
3. Se considera la siguiente escala de evaluación para considerar la acción Número 8, según consta en documento "Orientaciones Técnicas: Consultorías en Salud Mental 2016" (Anexo Nº 1):
  - a. Entre 15 y 14 criterios cumplidos: excelente aplicación de la Orientación Técnica.
  - b. Entre 13 y 12 criterios cumplidos: buena aplicación de la Orientación Técnica.
  - c. Entre 11 y 9 criterios cumplidos: regular aplicación de la Orientación Técnica.
  - d. Entre 8 y menos: mala aplicación de la Orientación Técnica.

### Referencias

1. MINSAL (2016). Orientaciones Técnicas: Consultorías en Salud Mental. Santiago: Chile.
2. MINSAL (2018). Modelo de Gestión: Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud. Santiago:



Chile.

3. MINSAL (2018). Encuesta Nacional de Salud 2016 - 2017. Santiago: Chile.
4. Vicente, B., Kohn, R., Rioseco, P., Saldivia, S., Levav, I., & Torres, S. (2006). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R disorders in the Chile psychiatric prevalence study, *The American Journal of Psychiatry*, vol. 163, no. 8, pp. 1362-1370.
5. De la Barra, F.; Vicente B., Saldivia S., Melipillán R. (2012). Estudio de Epidemiología Psiquiátrica en Niños y Adolescentes en Chile. Estado actual. *Rev. Med. Clínica Las Condes*, 23(5) 521-529.

## Anexos

Anexo N°1: "Pauta de Cotejo de Criterios de Calidad para Supervisar Aplicación de Orientaciones Técnicas de Consultorías".

Pauta Cotejo de Criterios de Calidad para supervisar aplicación de "Orientación Técnica de Consultorías"				
Servicio de Salud:		Fecha de realización		
		Equipo Consultor		
		Equipo Consultante		
Nº	Criterios de Calidad	Si	No	
1	Existe una programación anual de Consultorías en salud mental.			
2	Existe participación de referente de coordinación de Consultoría en salud mental para el nivel primario y de especialidad.			
3	Existe registro de las Consultorías realizadas al momento de la supervisión.			
4	Se realizan todas las Consultorías planificadas (exceptuando situaciones de Emergencias y Desastres).			
5	Todas las personas beneficiarias de las Consultorías son priorizadas con antelación a la realización de la actividad misma. Consta en acta de reunión de equipo la priorización de los casos.			
6	Al momento de la Consultoría están disponibles todos los insumos necesarios para su realización: sala, apoyo logístico, insumos técnicos.			
7	Existe una presentación preparada con anterioridad por el equipo de salud general.			
8	El equipo Consultor realiza retroalimentación de la presentación de los casos.			
9	El usuario y/o familiar tiene espacio para presentar dudas, inquietudes, temores.			
10	Existe un plan de acción resultado de la Consultoría.			
11	Existe seguimiento, por parte del equipo Consultor, de las Consultorías de salud mental.			
12	Se le informa al usuario/a del objetivo de la Consultoría. Y está su autorización para participar en la actividad, cuando es presencial. Si no es presencial, no aplica este criterio.			
13	Se detectan y resuelven requerimientos de capacitación respecto a situaciones clínicas de las personas beneficiarias de las Consultorías.			
14	Participan siempre en la Consultoría: Psiquiatra consultor y médico tratante. Otros integrantes: al menos uno del equipo consultor y dos del equipo consultante.			
15	Se registra la actividad y los acuerdos en Ficha Clínica de la persona beneficiaria de las Consultorías.			

### Escala de Evaluación

Entre 15 y 14 criterios cumplidos: excelente aplicación de la Orientación Técnica.

Entre 13 y 12 criterios cumplidos: buena aplicación de la Orientación Técnica.

Entre 11 y 9 criterios cumplidos: regular aplicación de la Orientación Técnica.

Entre 8 y menos: mala aplicación de la Orientación Técnica.



**COMPROMISO DE GESTIÓN N°10  
FORTALECIMIENTO DE LA SALUD EN  
PERSONAS MAYORES**



<b>Ámbito RISS:</b>	Modelo Asistencial.
<b>Atributo:</b>	2. Una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, gestión de enfermedades, y cuidados paliativos, y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud personales y los servicios de salud pública. 3. Un primer nivel de atención multidisciplinario que cubre a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población.

## Objetivo General

Mejorar la gestión de las estrategias desarrolladas para Personas Mayores en la atención primaria de salud, abordando los diferentes niveles de prevención en salud con objeto de avanzar hacia una atención integral, integrada y centrada en las personas.

## Objetivos Específicos

- Promover el Autocuidado y la corresponsabilidad en salud en las organizaciones sociales de personas mayores.
- Promover la articulación de la red local para el abordaje sociosanitario en la atención de personas mayores.
- Incrementar el porcentaje de establecimientos de salud de atención primaria que programan atenciones de salud para una atención integral de Personas Mayores con condiciones crónicas.
- Mejorar la continuidad de la atención de personas mayores con condiciones crónicas de salud en los establecimientos de atención primaria.
- Mejorar la continuidad de la atención para personas con dependencia severa en atención primaria de salud.
- Avanzar en el cuidado de los cuidadores de personas con dependencia severa en atención primaria de salud.

## Marco Referencial y Consideraciones Técnicas

En el Programa de Gobierno destacan aspectos relevantes que impulsan el desarrollo progresivo de mejoras en la atención de la población de personas mayores en el sistema público de salud. Surge como necesario el mejorar la calidad y el acceso a la salud mediante el fortalecimiento de la atención primaria, la reorganización y dotación de tecnología más avanzada y el reimpulso de la cultura de la vida sana.

El trabajo organizado y con metas compartidas, entre los Servicios de Salud y las comunas y establecimientos de su jurisdicción, resulta clave para el avance de la red en términos de mejora de la calidad de la atención de personas mayores. Por lo anterior, se han propuesto los indicadores de este COMGES, en relación directa con el abordaje promocional y preventivo, curativo y paliativo de la atención primaria sobre la población de personas mayores, teniendo en cuenta que, dentro del eje saludable de la política de envejecimiento positivo, se ha destacado el facilitar el acceso, la oportunidad y calidad de la atención en salud.

En las áreas promocional y preventiva, la incorporación de estrategias de autocuidado de salud en las organizaciones sociales de personas mayores se realiza mediante el Programa Más Adultos Mayores



Autovalentes, que capacita mediante un proceso participativo a Líderes Comunitarios en Autocuidado de Salud y Estimulación Funcional, abarcando diferentes áreas para promocionar estilos de vida saludable, prevenir la dependencia, y fortalecer la corresponsabilidad en el cuidado individual y colectivo de salud, por parte de las comunidades. Lo anterior, además permite disminuir el aislamiento social de los mayores, identificado como un factor de riesgo para la dependencia. Se ha determinado que al menos el 40% de las Organizaciones Sociales ingresadas al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, cuenten con Líderes Comunitarios Capacitados por el Programa.

En el ámbito de fortalecimiento de la intersectorialidad para avanzar en un modelo sociosanitario integrado para atención de personas mayores en la red local, este COMGES incorpora el diseño de Planes Intersectoriales para el fomento del envejecimiento activo y positivo por parte del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes con al menos el 40% de los servicios locales.

Respecto al perfeccionamiento de la atención en salud para personas mayores, a través de las dimensiones de atención integral, centrada en la persona y con enfoque según riesgo, en este COMGES se pretende impulsar el desarrollo de la "Estrategia de Cuidado Integral Centrado en la Personas para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de la multimorbilidad (ECICEP)"<sup>30</sup>, para optimizar los contactos del equipo de salud con las personas mayores en situación de cronicidad, conforme a su nivel de riesgo, ofreciendo una oportunidad de abordar la mayor cantidad de problemas de salud que tenga, evitando la fragmentación por motivo de consulta<sup>31</sup> y teniendo en consideración permanente las diferentes dimensiones involucradas en la condición de salud. Para ello, mediante el proceso de Programación se fortalece la programación de actividades del equipo de salud para el cuidado integral de personas de 65 y más años (Ingresos Integrales, Controles Integrales y Seguimiento a distancia, según corresponda) en al menos el 40% de los establecimientos de atención primaria de salud.

Para favorecer la continuidad de la atención de las personas mayores, este COMGES establece, conforme al proceso de atención determinado por la ECICEP, que toda persona de 65 y más años ingresada a la Estrategia de Cuidado Integral cuente con un Plan de Cuidado Integral consensuado entre el equipo de salud y la persona mayor.

En el documento Orientaciones para la Programación en Red 2021 se define como cuidados integrales centrados en las personas, la consideración de las dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y espirituales de las personas, en todas las etapas del curso de vida y en relevancia del estado salud-enfermedad. Desde esta perspectiva toda la población que se atiende en los centros de salud debiese recibir cuidados integrales conforme, el nivel de riesgo que ésta presenta. Se espera que el incorporarlo en COMGES se potencien las modificaciones y adaptaciones locales para una atención de salud integral para las personas mayores con multimorbilidad, con el consiguiente apoyo y asesoría por parte de los Servicios de Salud.

Para avanzar en la atención centrada en la persona, en la organización de las atenciones según enfoque de riesgo y fomentar la continuidad del cuidado integral en personas mayores, el Servicio de Salud deberá

<sup>30</sup><https://redcronicas.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/10/Estrategia-de-cuidado-Integral-centrado-en-las-personas-en-contexto-de-multimorbilidad.pdf>

<sup>31</sup> [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/09/20200908\\_ORIENTACIONES-PARA-LA-PLANIFICACION-EN-RED-2021.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/09/20200908_ORIENTACIONES-PARA-LA-PLANIFICACION-EN-RED-2021.pdf)



planificar y ejecutar actividades asociadas a la difusión de la ECICEP, integración y coordinación al interior de los equipos técnicos del Servicio de Salud para el acompañamiento y la capacitación de equipos de APS para la atención integral de personas mayores con condiciones crónicas y el desarrollo de procesos de programación de las actividades de atención integral ya descritas.

En el área de personas con dependencia, este COMGES enfatiza la atención de personas con dependencia severa, en las que ya está instalada la limitación funcional y la necesidad de asistencia de terceras personas para el desarrollo de actividades básicas. Se espera monitorear y evaluar la realización de la segunda vista integral para personas con dependencia severa, puesto que permite dar cuenta de un continuo de atención mínimo para la persona con dependencia severa y su cuidador. Debe considerarse que en esta visita se hace una reevaluación de la diada persona dependiente-cuidador y se aplican herramientas de evaluación de condición de salud y sobrecarga, que dan cuenta del cumplimiento del Plan de Intervención Consensuado y un Plan de Cuidados al Cuidador y otorga información para realizar ajustes de éste.

Junto a lo anterior, en este compromiso de gestión se abordará el área de cuidado al cuidador, requiriéndose que el 80% de los cuidadores del Programa Atención Domiciliaria para personas con dependencia severa cuenten con evaluación de sobrecarga, que es parte fundamental de los antecedentes para la elaboración del Plan de Cuidado al Cuidador, determinado por el Programa.

Los tópicos anteriormente descritos suponen un énfasis por parte del Servicio de Salud en los procesos de Referencia Técnica y Gestión asociadas a las áreas de envejecimiento, destacando como líneas técnicas claves el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, Estrategia de Cuidado Integral (ECICEP) y Programa de Atención Domiciliaria para personas con dependencia severa.

## Definiciones y Terminología

- **Centrado en las personas:** Considera las necesidades y expectativas de las personas y sus familias, desde su particular forma de definir las y priorizarlas, para lo cual se debe establecer un modelo de relación, entre el equipo de salud, las personas, sus familias y la comunidad, basado en la corresponsabilidad del cuidado de la salud y enfatizando en los derechos y deberes de las personas, tanto del equipo de salud como de los usuarios.
- **ECICEP:** Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad.
- **Persona Mayor:** persona de 60 y más años.
- **Programa de Atención Domiciliaria Integral para Personas con Dependencia Severa:** Programa de Atención Primaria que promueve la atención integral de la persona con dependencia en su domicilio y el cuidado del cuidador.
- **Visita Domiciliaria Integral:** Visita Integral en el domicilio de la persona con dependencia severa para evaluar en forma integral su condición de salud y la de su cuidador y determinar un Plan de Intervención Consensuado y un Plan de Cuidados al Cuidador. Incorpora la evaluación del nivel de dependencia y del nivel de sobrecarga del cuidador, así como las necesidades de salud referida por la diada persona con dependencia cuidador y otros aspectos sanitarios y sociales que inciden en su condición de salud y que pueden ser abordados o gestionados por el equipo en coordinación con la red de servicios locales. Se estima



un mínimo de 2 Visitas Domiciliarias Integrales anuales, en las que la segunda visita además de lo anteriormente descrito, evalúa el cumplimiento del Plan de Intervención Consensuado y el Plan de Cuidados al Cuidador y propone ajustes según la reevaluación realizada. De ambas visitas se desprenderán acciones a través de visitas domiciliarias de tratamiento y seguimiento que no son consideradas como visita domiciliaria integral.

- **Líderes Comunitarios:** Personas mayores participantes del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes capacitados por el Equipo del Programa en Autocuidado de Salud y Estimulación Funcional para promover estas áreas en sus respectivas organizaciones sociales (clubes de adulto mayor, centros de madres, grupos de personas mayores y otros).
- **Programa Más Adultos Mayores Autovalentes:** Programa Promocional y Preventivo para población de 60 años y más, que en el caso de personas de 65 y más años se dirige a aquellos que según resultado de EMPAM obtengan categoría funcional de Autovalente, Autovalente con Riesgo y En riesgo de Dependencia. Desarrollado mediante dos componentes: Programa de Estimulación Funcional y Fomento del Envejecimiento Activo y Positivo en las Organizaciones Locales e Intersector Local, a ejecutarse según la Resolución Exenta Vigente<sup>32</sup>, que determina el desarrollo del programa y las adaptaciones para su continuidad en períodos de contingencia por pandemia por Sars-CoV-2
- **Servicios Locales con Planes Intersectoriales:** Corresponden a aquellos Servicios Locales con los que el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes formalice y ejecute en el período, acciones de integración de la red, definiendo objetivos y acciones para el fomento del Envejecimiento Activo y Positivo que favorezcan el acceso y participación de las personas mayores.
- **Servicios Locales con oferta programática para personas mayores:** Corresponde a los Servicios Locales que dentro de su oferta disponen de acciones para las personas mayores y que se encuentran en el catastro del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, según su descripción en la Resolución Exenta vigente. El Servicio de Salud deberá verificar la realización de los Planes de Trabajo Intersectorial registrados como realizados, pudiendo ser requeridos desde la División de Atención Primaria. Debido al contexto actual de pandemia, las acciones deberán adaptarse a la realidad epidemiológica de cada territorio, incluyendo dentro de los planes de trabajo esta variable para el logro del propósito y la nueva oferta resultante en este escenario.
- **Organizaciones con Líderes Comunitarios Capacitados:** Corresponden a organizaciones con al menos un integrante capacitado como Líder Comunitario por el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes en el período, según la descripción que se establece en la Resolución Exenta vigente. Se considera también para Líderes anteriormente formados que durante el período reciben una actualización de la capacitación. Las temáticas de Capacitación a desarrollar por el equipo de los Centros de Salud son determinadas por el proceso de Diagnóstico Participativo establecido por el Programa, que establece junto a la comunidad y el intersector las necesidades de capacitación en autocuidado de salud y estimulación funcional y el posterior acompañamiento por parte del programa a los Líderes Comunitarios. Dentro del diseño de los planes de capacitación y de la realización de las actividades, se deben considerar modalidades alternativas que permitan el desarrollo en periodo de restricciones por pandemia y las adaptaciones necesarias de realizar según las condiciones presentes en cada comunidad de personas mayores.

## Nombre del Indicador

<sup>32</sup> Resolución Exenta N° 161 del 08 de febrero de 2021.





- **10.1** Porcentaje de cumplimiento de las acciones para el fortalecimiento del programa Más Adultos Mayores Autovalentes en el periodo.
- **10.2** Porcentaje de establecimientos que programan actividades para la atención integral de personas de 65 años o más, con dos o más patologías crónicas en el periodo.
- **10.3** Porcentaje de personas de 65 años o más ingresadas a Cuidado Integral, que cuentan con Plan de Cuidado Integral Consensuado en el periodo.
- **10.4** Porcentaje de cumplimiento de las acciones para el fortalecimiento del programa de Atención Domiciliaria en el periodo.

### Meta Nacional Año 2021

- Al año 2021, un **40,0%** de las Organizaciones Sociales ingresadas al programa Más Adultos Mayores Autovalentes, contarán con líderes comunitarios capacitados en autocuidado de salud y estimulación funcional.
- Al año 2021, un **40,0%** de los Servicios Locales serán incorporados en planes intersectoriales para el fomento del envejecimiento activo y positivo del programa Más Adultos Mayores Autovalentes
- Al año 2021, un **40,0%** de los establecimientos programarán actividades para el cuidado integral para personas de 65 años y más con 2 o más patologías crónicas.
- Al año 2021, un **100,0%** de las personas de 65 años y más ingresadas a la Estrategia de Cuidado Integral contarán con Plan de Cuidado Integral consensuado.
- Al año 2021, un **80,0%** de la población bajo control en el programa de Atención Domiciliaria contará con segunda visita integral dentro del año.
- Al año 2021, un **80,0%** de los(as) cuidadores(as) de personas bajo control en programa Atención Domiciliaria para personas con dependencia severa contarán con valoración de sobrecarga dentro del año.

### Metodología de Evaluación

Indicador	Ponderación por Corte
10.1 Porcentaje de cumplimiento de las acciones para el fortalecimiento del programa Más Adultos Mayores Autovalentes en el periodo.	<b>1,0%</b>
10.2 Porcentaje de establecimientos que programan actividades para la atención integral de personas de 65 años o más, con dos o más patologías crónicas en el periodo.	<b>1,0%</b>
10.3 Porcentaje de personas de 65 años o más ingresadas a Cuidado Integral, que cuentan con Plan de Cuidado Integral Consensuado en el periodo.	<b>1,0%</b>
10.4 Porcentaje de cumplimiento de las acciones para el fortalecimiento del programa de Atención Domiciliaria en el periodo.	<b>1,0%</b>

### Ficha General Indicador

Nombre del Indicador	<b>10.1 Porcentaje de cumplimiento de las acciones para el fortalecimiento del programa Más Adultos Mayores Autovalentes en el periodo.</b>
Fórmula de Cálculo	(Número de acciones cumplidas para el fortalecimiento del programa Más Adultos Mayores Autovalentes en el periodo / Número de acciones solicitadas para el fortalecimiento del programa Más Adultos Mayores Autovalentes en el periodo) x 100.



## Metas y Ponderaciones por Corte

I Corte		25% de la evaluación anual
Número Acción	1	
Acciones y/o Metas Específicas	<b>Envío de Informe Técnico que contenga:</b> - <b>Información Diagnóstica:</b> Resumen de planificación de acompañamiento y supervisión técnica del Proceso de Capacitación de Líderes Comunitarios en comunas y establecimientos de su Jurisdicción para el año 2021, incluyendo adaptaciones según contingencia por pandemia. - <b>Planificación de actividades de acompañamiento y supervisión técnica</b> del Proceso de Articulación Intersectorial en las comunas y establecimientos de su Jurisdicción, considerando adaptaciones según contingencia por pandemia.	
Medios de Verificación	i. Informe Técnico del I Corte entregado para evaluación a la División de Atención Primaria.	
Fórmula de Cálculo:	$\frac{\text{(Número de acciones cumplidas para el fortalecimiento del programa Más Adultos Mayores Autovalentes en el periodo)}}{\text{(Número de acciones solicitadas para el fortalecimiento del programa Más Adultos Mayores Autovalentes en el periodo)}} \times 100.$	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

II Corte	No Aplica
----------	-----------

III Corte		25% de la evaluación anual
Número Acción	2	
Acciones y/o Metas Específicas	<b>20,0%</b> de las Organizaciones Sociales ingresadas al Programa Más AM Autovalentes entre los meses de enero y septiembre cuentan con Líderes Comunitarios capacitados por el Programa en Autocuidado y Estimulación Funcional.	
Medios de Verificación	i. Reporte con fuente REM extraído desde MINSAL.	
Fórmula de Cálculo:	$\frac{\text{(Número de organizaciones sociales ingresadas al Programa Más AM Autovalentes entre los meses de enero y septiembre que cuentan con Líderes Comunitarios capacitados por el Programa en Autocuidado y Estimulación Funcional en el periodo)}}{\text{(Número total de organizaciones sociales ingresadas al programa Más AM Autovalentes en el periodo)}} \times 100.$	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 20,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>15,0% ≤ X &lt; 20,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>10,0% ≤ X &lt; 15,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>5,0% ≤ X &lt; 10,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 5,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	50,0%	
Número Acción	3	
Acciones y/o Metas Específicas	<b>20,0%</b> de los Servicios Locales cuentan con Planes Intersectoriales para el fomento del Envejecimiento Activo y Positivo.	
Medios de Verificación	i. Reporte con fuente REM extraído desde MINSAL.	
Fórmula de Cálculo:	$\frac{\text{(Número de Servicios Locales que cuentan con Planes Intersectoriales para el fomento del Envejecimiento Activo y Positivo en el periodo)}}{\text{(Número total de Servicios Locales en el periodo)}} \times 100.$	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 20,0%</b>	<b>100,0%</b>



	$15,0\% \leq X < 20,0\%$	<b>75,0%</b>
	$10,0\% \leq X < 15,0\%$	<b>50,0%</b>
	$5,0\% \leq X < 10,0\%$	<b>25,0%</b>
	$X < 5,0\%$	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	50,0%	

IV Corte		50% de la evaluación anual
Número Acción	<b>4</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	<b>40,0%</b> de las Organizaciones Sociales ingresadas al Programa Más AM Autovalentes entre los meses de enero y diciembre cuentan con Líderes Comunitarios capacitados por el Programa en Autocuidado y Estimulación Funcional.	
Medios de Verificación	i. Reporte con fuente REM extraído desde MINSAL.	
Fórmula de Cálculo:	(Número de organizaciones sociales ingresadas al Programa Más AM Autovalentes entre los meses de enero y diciembre que cuentan con Líderes Comunitarios capacitados por el Programa en Autocuidado y Estimulación Funcional en el periodo / Número total de organizaciones sociales ingresadas al programa Más AM Autovalentes en el periodo) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	$X \geq 40,0\%$	<b>100,0%</b>
	$35,0\% \leq X < 40,0\%$	<b>75,0%</b>
	$30,0\% \leq X < 35,0\%$	<b>50,0%</b>
	$25,0\% \leq X < 30,0\%$	<b>25,0%</b>
	$X < 25,0\%$	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	30,0%	
Número Acción	<b>5</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Informe Técnico de Cierre Anual del Compromiso incluye un resumen de resultados de las actividades de apoyo técnico realizadas por el Servicio de Salud para el cumplimiento del indicador y presenta selección de dos actividades de Capacitación de Líderes Comunitarios (de comunas diferentes) con participación de autoridades del Servicio de Salud.	
Medios de Verificación	i. Informe Técnico del IV Corte entregado para evaluación a la División de Atención Primaria.	
Fórmula de Cálculo:	(Número de acciones cumplidas para el fortalecimiento del programa Más Adultos Mayores Autovalentes en el periodo / Número de acciones solicitadas para el fortalecimiento del programa Más Adultos Mayores Autovalentes en el periodo) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	$X = 100,0\%$	<b>100,0%</b>
	$X < 100,0\%$	<b>0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	20,0%	
Número Acción	<b>6</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	<b>40,0%</b> de los Servicios Locales cuentan con Planes Intersectoriales para el fomento del Envejecimiento Activo y Positivo.	
Medios de Verificación	i. Reporte con fuente REM extraído desde MINSAL.	
Fórmula de Cálculo:	(Número de Servicios Locales que cuentan con Planes Intersectoriales para el fomento del Envejecimiento Activo y Positivo en el periodo / Número total de Servicios Locales en el periodo) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	$X \geq 40,0\%$	<b>100,0%</b>
	$35,0\% \leq X < 40,0\%$	<b>75,0%</b>
	$30,0\% \leq X < 35,0\%$	<b>50,0%</b>
	$25,0\% \leq X < 30,0\%$	<b>25,0%</b>
	$X < 25,0\%$	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	30,0%	
Número Acción	<b>7</b>	



Acciones y/o Metas Específicas	Informe Técnico de Cierre Anual del Compromiso incluye un resumen de resultados de las actividades de apoyo técnico realizadas por el Servicio de Salud para el cumplimiento del indicador y presenta dos Planes Intersectoriales para el Fomento del Envejecimiento Activo de dos comunas diferentes.	
Medios de Verificación	i. Informe Técnico del IV Corte entregado para evaluación a la División de Atención Primaria	
Fórmula de Cálculo:	(Número de acciones cumplidas para el fortalecimiento del programa Más Adultos Mayores Autovalentes en el periodo / Número de acciones solicitadas para el fortalecimiento del programa Más Adultos Mayores Autovalentes en el periodo) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	20,0%	

### Ficha General Indicador

Nombre del Indicador	<b>10.2 Porcentaje de establecimientos que programan actividades para el cuidado integral de personas de 65 años o más</b>
Fórmula de Cálculo	(Número de establecimientos de salud de atención primaria que programan controles integrales de salud para personas de 65 años o más, con dos o más patologías crónicas en el periodo / Número de establecimientos de salud de atención primaria con programación vigente en el periodo ) x 100
Fuente de Datos	Envío de información por los Servicios de Salud.

### Metas y Ponderaciones por Corte

	<b>I Corte</b>	<b>25% de la evaluación anual</b>
Número Acción	<b>1</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Envío de Informe Técnico que contenga para este indicador la planificación de acciones de acompañamiento y supervisión técnica por parte del SS, tendiente a: - Reforzar aspectos de implementación de la ECICEP en cuanto a planificación y programación de actividades para el cuidado integral de personas de 65 y más años por parte de los establecimientos de APS. - Otras acciones de integración al interior del SS y de acompañamiento técnico a la APS, para mejorar mediante la ECICEP la atención integral centrada en las personas mayores y el cuidado de personas con condiciones crónicas.	
Medios de Verificación	i. Informe Técnico del I Corte entregado para evaluación a la División de Atención Primaria.	
Fórmula de Cálculo:	(Número de acciones cumplidas para la implementación de actividades para el cuidado integral de personas de 65 años o más, con dos o más patologías crónicas en el periodo / Número de acciones solicitadas para la implementación de actividades de cuidado integral en personas de 65 años o más) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

	<b>II Corte</b>	<b>25% de la evaluación anual</b>
Número Acción	<b>2</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	En el informe presentado por SS para la evaluación de este corte se debe presentar un resumen de las actividades realizadas por el SS a la fecha del corte, para el acompañamiento técnico de	



	los equipos de APS respecto a las habilidades y competencias para la atención de personas mayores según la Estrategia de Cuidado Integral y la programación de actividades para el cuidado integral de personas de 65 y más años.	
Medios de Verificación	i. Informe Técnico del II Corte entregado para evaluación a la División de Atención Primaria.	
Fórmula de Cálculo:	(Número de acciones cumplidas para la implementación de controles integrales en personas de 65 años o más, con dos o más patologías crónicas en el periodo / Número de acciones solicitadas para la implementación de controles integrales en personas de 65 años o más, con dos o más patologías crónicas en el periodo) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

<b>III Corte</b>	<b>No Aplica</b>
------------------	------------------

	<b>IV Corte</b>	<b>50% de la evaluación anual</b>
Número Acción	<b>3</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	<b>40,0%</b> del total de establecimientos programan controles integrales para personas de 65 años o más, con dos o más patologías crónicas en el periodo.	
Medios de Verificación	i. Informe Técnico del IV Corte entregado para evaluación a la División de Atención Primaria.	
Fórmula de Cálculo:	(Número de establecimientos que programan controles integrales para personas de 65 años o más, con dos o más patologías crónicas en el periodo / Número total de establecimientos de Atención Primaria del Servicio de Salud en el periodo) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 40,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>35,0% ≤ X &lt; 40,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>30,0% ≤ X &lt; 35,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>25,0% ≤ X &lt; 30,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 25,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	60,0%	
Número Acción	<b>4</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Informe Técnico que evalúa el desarrollo del Compromiso durante el año, incorpora el listado de los establecimientos que programan actividades para el Cuidado Integral de personas de 65 años y más y la descripción de los mismos en términos de programación, organización de la atención y población cubierta. Se plantea un resumen de los logros a nivel de Servicio para este indicador y las proyecciones para el año siguiente. Como medio de verificación se deberán adjuntar imágenes que den cuenta de la programación realizada por los establecimientos informados.	
Medios de Verificación	i. Informe Técnico del IV Corte entregado para evaluación a la División de Atención Primaria.	
Fórmula de Cálculo:	(Número de acciones cumplidas para la implementación de actividades para el Cuidado Integral de personas de 65 años y más/ Número de acciones solicitadas para la implementación de actividades para el Cuidado Integral en personas de 65 años o más, con dos o más patologías crónicas en el periodo) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	40,0%	

Ficha General Indicador



Nombre del Indicador	<b>10.3 Porcentaje de personas con 65 años o más ingresadas a Cuidado Integral, que cuentan con Plan de Cuidado Integral Consensuado en el periodo.</b>
Fórmula de Cálculo	(Número de personas de 65 años o más ingresadas a Cuidado Integral centrado en las personas que cuentan con plan de cuidado integral consensuado / N° total de personas de 65 años y más ingresadas a Cuidado Integral centrado en las personas) x 100
Fuente de Datos	REM

### Metas y Ponderaciones por Corte

<b>I Corte</b>	<b>No Aplica</b>
----------------	------------------

<b>II Corte</b>	<b>25% de la evaluación anual</b>	
Número Acción	2	
Acciones y/o Metas Específicas	100,0% de las personas de 65 años y más ingresadas al Cuidado Integral cuentan con plan de cuidado integral consensuado a la fecha de corte.	
Medios de Verificación	i. Reporte REM extraído por MINSAL.	
Fórmula de Cálculo:	(Número de personas de 65 años o más ingresadas a Cuidado Integral centrado en las personas que cuentan con plan de cuidado integral consensuado/N° total de personas de 65 años y más ingresadas a Cuidado Integral centrado en las personas) x 100	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	X = 100,0%	100,0%
	X < 100,0%	Según cumplimiento
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

<b>III Corte</b>	<b>25% de la evaluación anual</b>	
Número Acción	3	
Acciones y/o Metas Específicas	100,0% de las personas de 65 años y más ingresadas al Cuidado Integral cuentan con plan de cuidado integral consensuado a la fecha de corte.	
Medios de Verificación	i. Reporte REM extraído por MINSAL.	
Fórmula de Cálculo:	(Número de personas de 65 años o más ingresadas a Cuidado Integral centrado en las personas que cuentan con plan de cuidado integral consensuado/N° total de personas de 65 años y más ingresadas a Cuidado Integral centrado en las personas) x 100	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	X = 100,0%	100,0%
	X < 100,0%	Según cumplimiento
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

<b>IV Corte</b>	<b>50% de la evaluación anual</b>	
Número Acción	4	
Acciones y/o Metas Específicas	100,0% de las personas de 65 años y más ingresadas al Cuidado Integral cuentan con plan de cuidado integral consensuado a la fecha de corte.	
Medios de Verificación	i. Reporte REM extraído por MINSAL.	
Fórmula de Cálculo:	(Número de personas de 65 años o más ingresadas a Cuidado Integral centrado en las personas que cuentan con plan de cuidado integral consensuado/N° total de personas de 65 años y más ingresadas a Cuidado Integral centrado en las personas) x 100	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	X = 100,0%	100,0%
	X < 100,0%	Según cumplimiento
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	



## Ficha General Indicador

Nombre del Indicador	<b>10.4 Porcentaje de cumplimiento de las acciones para el fortalecimiento del programa de Atención Domiciliaria en el periodo.</b>
Fórmula de Cálculo	<p>(Número de acciones cumplidas para el fortalecimiento del programa de Atención Domiciliaria en el periodo / Número de acciones solicitadas para el fortalecimiento del programa de Atención Domiciliaria en el periodo) x 100.</p> <p>(Número de personas bajo control en el programa de atención domiciliaria para personas con dependencia severa que reciben segunda visita domiciliaria integral en el periodo / Número de personas bajo control en el programa en el periodo) x 100</p> <p>(Número de cuidadores del programa de atención domiciliaria para personas con dependencia severa que cuentan con evaluación de sobrecarga en el periodo / Número de cuidadores del programa de atención domiciliaria para personas con dependencia severa en el periodo) x 100</p>
Fuente de Datos	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Envío de informes por los Servicios de Salud.</li> <li>– REM.</li> </ul>

## Metas y Ponderaciones por Corte

I Corte		20% de la evaluación anual
Número Acción	<b>1</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	<p><b>Envío de Informe presentado por el Servicio de Salud para evaluación del I Corte que incluya:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Resumen resultados de la auditoría anual del Programa Dependencia Severa año 2020 y desarrollo de la atención domiciliaria para personas con dependencia severa y sus cuidadores.</li> <li>– Planificación de acciones de acompañamiento y supervisión técnica para la atención de personas con dependencia severa y la realización de al menos 2 Visitas Domiciliarias Integrales.</li> <li>– Información sobre el desarrollo del área de cuidado al cuidador en las comunas y establecimientos de su jurisdicción.</li> <li>– Planificación de acciones de acompañamiento y supervisión técnica para la evaluación y atención de cuidadores de personas con dependencia severa.</li> <li>– Principales dificultades y adaptaciones para llevar a cabo la estrategia en contexto pandémico.</li> </ul>	
Medios de Verificación	i. Informe Técnico del I Corte entregado para evaluación a la División de Atención Primaria.	
Fórmula de Cálculo:	(Número de acciones cumplidas para el fortalecimiento del programa de Atención Domiciliaria en el periodo / Número de acciones solicitadas para el fortalecimiento del programa de Atención Domiciliaria en el periodo) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

II Corte		20% de la evaluación anual
Número Acción	<b>2</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	En el informe presentado por SS para la evaluación de este corte se debe presentar:	



	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Un resumen de las actividades realizadas por el SS a la fecha del corte, para el acompañamiento técnico de los equipos de APS respecto a la atención domiciliaria de personas con dependencia severa y sus cuidadores. Mencionar dificultades y adaptaciones por contexto pandémico.</li> <li>– Un resumen de las actividades realizadas por el SS a la fecha del corte, para el acompañamiento técnico de los equipos de APS respecto a la evaluación de sobrecarga del cuidador de persona con dependencia severa y el respectivo plan de cuidado. Mencionar dificultades y adaptaciones por contexto pandémico.</li> </ul>	
Medios de Verificación	i. Informe Técnico del II Corte entregado para evaluación a la División de Atención Primaria.	
Fórmula de Cálculo:	(Número de acciones cumplidas para el fortalecimiento del programa de Atención Domiciliaria en el periodo / Número de acciones solicitadas para el fortalecimiento del programa de Atención Domiciliaria en el periodo) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	50,0%	
Número Acción	<b>3</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Alcanzar un <b>40,0%</b> de los Cuidadores del programa de atención domiciliaria para personas que cuenten con evaluación de sobrecarga.	
Medios de Verificación	i. Reporte con fuente REM extraído por MINSAL.	
Fórmula de Cálculo:	(Número de cuidadores del programa de atención domiciliaria para personas con dependencia severa que cuentan con evaluación de sobrecarga en el periodo / Número de cuidadores del programa de atención domiciliaria para personas con dependencia severa en el período) x 100	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 40,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>30,0% ≤ X &lt; 40,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>20,0% ≤ X &lt; 30,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>10,0% ≤ X &lt; 20,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 10,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	50,0%	

	<b>III Corte</b>	<b>20% de la evaluación anual</b>
Número Acción	<b>4</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Alcanzar un <b>60,0%</b> de población bajo control en Programa de Atención Domiciliaria que cuente con segunda visita domiciliaria integral a la fecha de corte.	
Medios de Verificación	i. Reporte con fuente REM extraído por MINSAL.	
Fórmula de Cálculo:	(Número de personas bajo control en el programa de atención domiciliaria para personas con dependencia severa que reciben segunda visita domiciliaria integral en el período / Número de personas bajo control en el programa en el período) x 100	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 60,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>50,0% ≤ X &lt; 60,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>40,0% ≤ X &lt; 50,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>30,0% ≤ X &lt; 40,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 30,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	50,0%	
Número Acción	<b>5</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Alcanzar un <b>60,0%</b> de los Cuidadores del programa de atención domiciliaria para personas que cuenten con evaluación de sobrecarga.	
Medios de Verificación	i. Reporte con fuente REM extraído por MINSAL.	
Fórmula de Cálculo:	(Número de cuidadores del programa de atención domiciliaria para personas con dependencia	





severa que cuentan con evaluación de sobrecarga en el periodo / Número de cuidadores del programa de atención domiciliaria para personas con dependencia severa en el período) x 100

Cálculo del Cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	$X \geq 60,0\%$	100,0%
	$50,0\% \leq X < 60,0\%$	75,0%
	$40,0\% \leq X < 50,0\%$	50,0%
	$30,0\% \leq X < 40,0\%$	25,0%
	$X < 30,0\%$	0,0%
Ponderación al Corte de la Acción	50,0%	

IV Corte		40% de la evaluación anual
Número Acción	6	
Acciones y/o Metas Específicas	Alcanzar un <b>80,0%</b> de población bajo control en Programa de Atención Domiciliaria que cuente con segunda visita domiciliaria integral a la fecha de corte.	
Medios de Verificación	i. Reporte con fuente REM extraído por MINSAL.	
Fórmula de Cálculo:	(Número de personas bajo control en el programa de atención domiciliaria para personas con dependencia severa que reciben segunda visita domiciliaria integral en el período / Número de personas bajo control en el programa en el período) x 100	
Cálculo del Cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	$X \geq 80,0\%$	100,0%
	$70,0\% \leq X < 80,0\%$	75,0%
	$50,0\% \leq X < 70,0\%$	50,0%
	$40,0\% \leq X < 50,0\%$	25,0%
	$X < 40,0\%$	0,0%
Ponderación al Corte de la Acción	50,0%	
Número Acción	7	
Acciones y/o Metas Específicas	Alcanzar un <b>80,0%</b> de los Cuidadores del programa de atención domiciliaria para personas que cuenten con evaluación de sobrecarga.	
Medios de Verificación	i. Reporte con fuente REM extraído por MINSAL.	
Fórmula de Cálculo:	(Número de cuidadores del programa de atención domiciliaria para personas con dependencia severa que cuentan con evaluación de sobrecarga en el periodo / Número de cuidadores del programa de atención domiciliaria para personas con dependencia severa en el período) x 100	
Cálculo del Cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	$X \geq 80,0\%$	100,0%
	$70,0\% \leq X < 80,0\%$	75,0%
	$50,0\% \leq X < 70,0\%$	50,0%
	$40,0\% \leq X < 50,0\%$	25,0%
	$X < 40,0\%$	0,0%
Ponderación al Corte de la Acción	50,0%	



**SAR**  
SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE URGENCIA  
DE ALTA RESOLUTIVIDAD  
CONCON

**COMPROMISO DE GESTIÓN N°11  
FORTALECIMIENTO DEL PROCESO DE  
ATENCIÓN DE URGENCIA**



<b>Ámbito RISS:</b>	Modelo Asistencial.
<b>Atributo:</b>	2. Una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, gestión de enfermedades, y cuidados paliativos, y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud personales y los servicios de salud pública.

## Objetivo General

Identificar personas con enfermedades no transmisibles (ENT) (Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Insuficiencia Cardíaca, etc.), incluyendo patologías de salud mental (SM) (Trastorno del ánimo, dependencia a drogas, etc.), que no estén en tratamiento de sus enfermedad, ya sea por no diagnóstico o bien por irregular control, en los centros de salud de atención primaria, así también como garantizar la oportunidad de atención de los Pacientes que consultan en la UEH de establecimientos de alta complejidad adulto y pediátrica, a través de la optimización del proceso de Atención de Urgencia, disminución de los tiempos de espera y la disminución del número de pacientes que no completan el proceso de atención de Urgencia, para el año 2021 como Servicio de Salud.

## Objetivos Específicos

- Ejecutar el protocolo confeccionado el año 2019 que permita la referencia de pacientes con sospecha diagnóstica o diagnóstico de ENT desde los Servicios de Urgencia, a los establecimientos que conforman la Atención Primaria de Salud.
- Implementar el protocolo generado en los establecimientos de urgencia de la red asistencial.
- Implementar en los centros de salud de Atención Primaria un sistema de captura de los pacientes referidos desde los Servicios de Urgencia, que permita darle atenciones efectivas y pertinentes para el motivo de derivación.
- Cumplir con la correcta implementación de TRIAGE estructurado, de acuerdo a la Normativa vigente.
- Definir y Gestionar los flujos de atención de los pacientes, a partir del TRIAGE estructurado.
- Medir y Monitorear los tiempos de espera asociados a la primera atención médica mediante sistema de registro local y auditable, de los pacientes priorizados por el Subproceso de Categorización, con complejidad C2 en los establecimientos de mayor complejidad del país.
- Medir y monitorear la Demanda de Urgencia y las Atenciones de Urgencia.
- Medir y monitorear el número de pacientes que completa el proceso de atención de Urgencia.

## Marco Referencial y Consideraciones Técnicas

Los servicios de urgencia son un elemento clave dentro de la gestión hospitalaria, son unidades con demanda variable donde se otorgan prestaciones de salud las 24 horas del día a pacientes de distinta complejidad y son parte importante de los ingresos hospitalarios, con una creciente demanda por camas hospitalarias. Existe una parte importante de la población que no es usuaria habitual de los centros de salud de la Atención Primaria y utiliza la red de urgencia, con sus distintos dispositivos (SAPU, SUR, SAR, UEH) cada vez que requieren asistencia en salud, motivo por el cual se expone a no recibir control eficiente de sus patologías, cuando no se diagnóstica a tiempo, progresan fisiopatológicamente, generando daño, que muchas veces es irreversible.



Por otra parte, los servicios de urgencia reciben estos pacientes como policonsultantes y/o terminan requiriendo camas hospitalaria en fases más avanzada de su enfermedad sin tratamiento en atención primaria.

Es importante que la información de estos pacientes consultantes en los servicios de urgencia esté disponible para la red de establecimientos de APS, donde la APS dé respuesta en el corto y mediano plazo, entregando a estos pacientes la asistencia sanitaria que permita prevenir la agudización de cuadros controlables, evitando controles de morbilidad en urgencia.

Por otra parte, las Unidades de Emergencia hospitalaria se centrarán en mejorar el proceso de atención de urgencia, mejorando los tiempos de atención de los pacientes más complejos y graves y disminución de los pacientes que no completan el proceso de atención de urgencia.

### Protocolos de Referencia de Enfermedades no Transmisibles.

Las enfermedades no transmisibles (ENT) son una pandemia. En este grupo se incluyen las patologías cardiovasculares (infarto agudo al miocardio, ataque cerebrovascular, Hipertensión Arterial, entre otras), el cáncer, la Diabetes Mellitus, las patologías respiratorias crónicas (asma, EPOC) y las patologías de salud mental.

En Chile, el 84% de las muertes son a causa de alguna ENT. Adicionalmente, en cuanto a prevalencia, estas patologías han ido en aumento en las últimas décadas, lo que se ha evidenciado en las Encuestas Nacional de Salud que se han realizado. Junto con la alta prevalencia de estas patologías existe una alta prevalencia de factores de riesgo, que, pese al conocimiento de estos, un porcentaje de la población desconoce su condición, lo que conlleva a que no se implementen las medidas terapéuticas pertinentes.

Además, dados los determinantes sociales que existen en Chile, una parte importante de la población, especialmente la que se encuentra en edad laboral, no es usuaria habitual de los centros de salud de la Atención Primaria, utilizando la red de urgencia, con sus distintos dispositivos (SAPU, SUR, SAR, UEH) cada vez que requieren asistencia en salud. Dado esto, y por la naturaleza de las ENT, no son consideradas dentro de la población a tratar. Esto se refleja en las diferencias que existen de prevalencia poblacional y las poblaciones bajo control de los centros de salud, revelándose comúnmente una brecha importante.

Cuando no se diagnóstica a tiempo o no se trata adecuadamente a estos pacientes, las distintas enfermedades progresan fisiopatológicamente, generando daño, el que muchas veces es irreversible, en las personas y en los órganos que las componen, ejemplo: ataque cerebro vascular, infarto agudo al miocardio, insuficiencia cardíaca, enfermedad renal crónica, retinopatía, por nombrar algunas. Todas estas complicaciones conllevan una carga importante para la persona, su entorno y para el sistema de salud. Por esto, es importante que la información de estos pacientes consultantes en los servicios de urgencia, esté disponible para la red de establecimientos de APS, para optimizar el acceso a la atención y el tratamiento en estas personas, previniendo mayores complicaciones y generando un impacto su calidad de vida.

A su vez, en el mediano plazo, para los establecimientos de la red de urgencia desarrollar estas medidas significaría una disminución en las consultas, dado que al estar correctamente tratados estos pacientes, requerirán en menor medida de atenciones de urgencia.



En último punto cabe mencionar que en este proceso de derivación se ven involucrados múltiples actores e instituciones que no dependen administrativamente de un mismo ente. Dicho esto, es necesario que confluyan en el desarrollo de esta tarea, representantes de los Servicios de Salud que lideren el trabajo, pero también representantes de los establecimientos de urgencia y de la red de establecimientos de APS.

### Proceso de Atención de Urgencia de las Unidades de Emergencia Hospitalaria.

La UEH es una unidad de atención ambulatoria, de tránsito, donde se realiza el proceso de atención de pacientes, considerando los subprocesos clínicos de selección de demanda, diagnósticos y tratamiento, y los subprocesos no clínicos de soporte administrativo. Esta unidad debe resolver todas las atenciones de urgencia y emergencia, definida como cualquier consulta espontánea o derivada que llega a dicha unidad. El proceso de atención finaliza sólo cuando el médico da resolución al problema de urgencia, definiendo la salida de este proceso como alta.

En el Proceso de Atención de Urgencia, se debe identificar claramente su inicio, el cual está dado por el primer subproceso clínico que corresponde a la priorización de la demanda de atención por medio del Selector de demanda, siendo la puerta de entrada al proceso de atención de urgencia. Este subproceso determina un flujo diferenciado de atención para cada subgrupo de pacientes, según su complejidad<sup>33 34</sup>.

La continuidad asistencial dentro del proceso de atención de urgencia debe incorporar la trazabilidad del paciente durante toda la atención, es decir, el sistema de urgencia debe garantizar la continuidad asistencial interna, en su relación con otras unidades del mismo establecimiento y externas a él, en el contexto de la atención de urgencia.

Con el fin de resguardar la calidad, oportunidad y seguridad en la atención de usuarios, y no sobrepasar el umbral crítico de atención en las UEH, se deben evitar las siguientes prácticas:

- Espera de Hospitalización prolongada en las UEH.
- Controles y seguimiento de pacientes en las UEH.
- Toma de examen de apoyo al diagnóstico terapéutico de pacientes que no hayan sido admitidos al proceso de urgencia.
- Los flujos de atención bidireccionales deben ser evitados, es decir, un paciente con indicación de hospitalización o cirugía una vez resuelto su evento de emergencia o urgencia no debe regresar a dependencias ni a los procesos de atención de la UEH.

Posterior a la categorización, los pacientes serán atendidos por un profesional médico, a esto se le denominará “Primera Atención Médica” y el tiempo que debe transcurrir desde que el Paciente solicita su atención en la UEH y es atendido por el médico debe ser lo más cercano a 0.

<sup>33</sup> <https://www.esitriage.com>. Resolución exenta N° 108 del 29 de junio 2018, Aprueba “Orientación Técnica del Sistema de Priorización Estructurada de la atención de pacientes en UEH 2018”, Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL Chile.

<sup>34</sup> Ordinario N°293 Mantenimiento Normativo Sidra 2018 Protocolo de Categorización de Urgencia versión 1.3, 25 de enero 2018, Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL Chile.



El Subproceso de atención médica y tratamiento, se define como el conjunto de actividades clínicas que se realizan al paciente a cargo de los profesionales, con el objetivo de dar respuestas a las necesidades de salud de éste, según la prioridad entregada por la categorización.

El objetivo de este subproceso debe:

- Garantizar el acceso a la atención médica clínica a usuarios consultantes en las UEH.
- Entregar atención de emergencia y/o urgencia a los usuarios consultantes.
- Definir en un tiempo (menor de 6 horas) el alta o admisión hospitalaria del paciente.

La relevancia del Proceso de atención de Urgencia es que el total de pacientes que solicitaron atención, alcancen el alta médica. Los pacientes que no completan el proceso de atención hasta tener el alta médica se consideran como indicador de abandono, lo que incluye tanto a los pacientes que se retiraron antes de ser categorizados, como los que son categorizados y se retiran antes de recibir atención médica<sup>35</sup>.

## Definiciones y Terminología

- **Atenciones de Urgencia:** Corresponde al total de pacientes admitidos, con Generación de DAU y que completaron el Proceso de Atención de Urgencia, con alta médica y con los siguientes destinos:
  - Paciente aliviado, estabilizado o mejorado desde la Unidad de Emergencia Hospitalaria, con un destino definido hacia su domicilio y/o atención abierta.
  - Paciente hospitalizado y/ o con indicación de Hospitalización (atención cerrada).
  - Hospitalización Domiciliaria.
  - Paciente derivado a otro Centro Asistencial por Médico.
  - Paciente fallecido.
- **Demanda de atención de Urgencia:** se define como el total de pacientes admitidos, con Generación de DAU, independiente de su destino final. Incluye tanto a quienes completaron la atención de Urgencia como a los que no la completaron.
- **Abandono:** Son todos los pacientes, admitidos, con generación de DAU que no completan el proceso de atención de Urgencia, abandonando el proceso en cualquiera de sus fases antes de recibir el alta médica.
- **APS:** Atención Primaria de Salud. Se considera como establecimientos de APS a los que desarrollan las estrategias de diagnóstico, tratamiento y control de las patologías. Se incluyen por tanto a los CESFAM, Consultorios, Hospitales Comunitarios (baja complejidad), CECOSF y Postas de Salud Rural.
- **SU:** Servicio de Urgencia. Se incluyen a los de los distintos niveles de atención: SUR, SAPU, SAR y UEH.
- **SUR:** Servicio de Urgencia Rural.
- **SAPU:** Servicio de Atención Primaria de Urgencia.
- **SAR:** Servicio de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolución.
- **U.E.H.:** Unidad de Emergencia Hospitalaria.
- **ENT:** Enfermedades no Transmisibles. Se priorizarán para este COMGES: HTA o sospecha de esta, DM o sospecha de esta, Infarto Agudo al Miocardio con comorbilidades, Ataque Cerebrovascular con

<sup>35</sup> Ordinario 551 del 06 de febrero 2018, "Estándares y Recomendaciones al Proceso de Atención de Urgencia Hospitalaria". Red de Urgencia Hospitalaria División de Gestión de la Red Asistencial Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud.



comorbilidades, Insuficiencia Cardíaca descompensada, Enfermedad Renal Crónica descompensada, Intento o ideación suicida, Agitación psicomotora, Violencia en cualquiera de sus variantes, Trastorno de pánico.

- **CV:** Cardiovascular.
- **DM:** Diabetes Mellitus.
- **HTA:** Hipertensión Arterial.
- **SM:** Salud Mental.
- **Derivación o Referencia:** Proceso por medio del cual un paciente atendido en un establecimiento es comunicado a otro establecimiento para que entregue continuidad al cuidado de este.
- **SS:** Servicio de Salud.

## Nombre del Indicador

- **11.1** Porcentaje de derivación de pacientes con ENT, desde los Servicios de Urgencia hacia establecimientos de Atención Primaria, de acuerdo con protocolo desarrollado e implementado, con atención efectiva en el periodo.
- **11.2** Porcentaje de usuarios categorizados C2 atendidos oportunamente en las Unidades de Emergencia Hospitalaria Adulto y Pediátrica en el periodo.
- **11.3** Porcentaje de usuarios que abandonan durante el Proceso de Atención de Urgencia en las Unidades de Emergencia Hospitalaria Adulto y Pediátrica.

## Meta Nacional Año 2021

- Se espera que el **90,0%** de los Pacientes C2 que consultan en las Unidades de Emergencia Hospitalaria Adulto y Pediátrica, accedan a la primera atención médica en un tiempo menor o igual a 30 minutos, desde el tiempo de Categorización.
- Se espera que los pacientes que no completan el Proceso de Atención de Urgencia sean menores o iguales al **10,0%**.
- Mantener coordinación con equipo de red de urgencia local conformada para derivación de pacientes desde los SU hacia la APS.
- Derivar al menos el **70,0%** de los pacientes atendidos en los SU, según protocolo local, hacia los establecimientos de APS, de los cuales se espera un **60,0%** de atención efectiva.

## Metodología de Evaluación

Indicador	Ponderación por Corte
11.1 Porcentaje de derivación de pacientes con ENT, desde los Servicios de Urgencia hacia establecimientos de Atención Primaria, de acuerdo con protocolo desarrollado e implementado, con atención efectiva en el periodo.	1,333%
11.2 Porcentaje de usuarios categorizados C2 atendidos oportunamente en las Unidades de Emergencia Hospitalaria Adulto y Pediátrica en el periodo.	1,333%
11.3 Porcentaje de usuarios que abandonan durante el Proceso de Atención de Urgencia en las Unidades de Emergencia Hospitalaria Adulto y Pediátrica.	1,333%



## Ficha General Indicador

Nombre del Indicador	<b>11.1 Porcentaje de derivación de pacientes con ENT, desde los Servicios de Urgencia hacia establecimientos de Atención Primaria, de acuerdo con protocolo desarrollado e implementado, con atención efectiva en el periodo.</b>
Fórmula de Cálculo	(Número de pacientes con ENT derivados desde los Servicios de Urgencia hacia establecimientos de APS del Servicio de Salud, con atención efectiva en el periodo / Número de pacientes con ENT que consultan en los Servicios de Urgencia del Servicio de Salud en el periodo) x 100
Fuente de Datos	Informe elaborado por SS, conforme a derivaciones de pacientes con ENT desde los SU hacia los establecimientos de APS.

## Metas y Ponderaciones por Corte

I Corte		25% de la evaluación anual
Número Acción	1	
Acciones y/o Metas Específicas	Mantener el equipo de trabajo e incluir a organismos de toda la red de urgencia en la ejecución del protocolo de derivación desde los SU hacia la red de APS.	
Medios de Verificación	i. Resolución vigente que sancione el equipo de trabajo, aprobada por el Director/a del SS respectivo.	
Fórmula de Cálculo:	$(N^{\circ} \text{ de acciones cumplidas en el periodo} / N^{\circ} \text{ de acciones solicitadas en el periodo}) \times 100.$	
Cálculo del Cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	X = 100,0%	100,0%
	X < 100,0%	0,0%
Ponderación al Corte de la Acción	25,0%	
Número Acción	2	
Acciones y/o Metas Específicas	Establecer calendario de reuniones y supervisiones anual, en base a realidad local.	
Medios de Verificación	i. Ordinario que convoque a reunión al equipo de trabajo con calendario de reuniones y supervisiones establecido para el año en curso.	
Fórmula de Cálculo:	$(N^{\circ} \text{ de acciones cumplidas en el periodo} / N^{\circ} \text{ de acciones solicitadas en el periodo}) \times 100.$	
Cálculo del Cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	X = 100,0%	100,0%
	X < 100,0%	0,0%
Ponderación al Corte de la Acción	25,0%	
Número Acción	3	
Acciones y/o Metas Específicas	Informe estado situación de la implementación del protocolo a nivel de la red de urgencia local, que indique porcentaje de derivación desde los SU hacia la APS, y la atención efectiva de dichas derivaciones.	
Medios de Verificación	i. Informe emitido por SS.	
Fórmula de Cálculo:	$(\text{Número de pacientes con ENT derivados desde los Servicios de Urgencia hacia establecimientos de APS del Servicio de Salud, con atención efectiva en el periodo} / \text{Número de pacientes con ENT que consultan en los Servicios de Urgencia del Servicio de Salud en el periodo}) \times 100$	
Cálculo del Cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	X ≥ 30,0%	100,0%
	25,0% ≤ X < 30,0%	75,0%
	20,0% ≤ X < 25,0%	50,0%
	15,0% ≤ X < 20,0%	25,0%
	X < 15,0%	0,0%
Ponderación al Corte de la Acción	50,0%	





II Corte		25% de la evaluación anual
Número Acción	4	
Acciones y/o Metas Específicas	Informe estado situación de la implementación del protocolo a nivel de la red de urgencia local, que indique porcentaje de derivación desde los SU hacia la APS, y la atención efectiva de dichas derivaciones, más las actividades realizadas en el periodo.	
Medios de Verificación	i. Informe emitido por SS, con detalle de lo solicitado.	
Fórmula de Cálculo:	(Número de pacientes con ENT derivados desde los Servicios de Urgencia hacia establecimientos de APS del Servicio de Salud, con atención efectiva en el periodo / Número de pacientes con ENT que consultan en los Servicios de Urgencia del Servicio de Salud en el periodo) x 100	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	X = 40,0%	100,0%
	35,0% ≤ X < 40,0%	75,0%
	30,0% ≤ X < 35,0%	50,0%
	25,0% ≤ X < 30,0%	25,0%
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

III Corte		25% de la evaluación anual
Número Acción	5	
Acciones y/o Metas Específicas	Informe estado situación de la implementación del protocolo a nivel de la red de urgencia local, que indique porcentaje de derivación desde los SU hacia la APS, y la atención efectiva de dichas derivaciones, más las actividades realizadas en el periodo.	
Medios de Verificación	i. Informe emitido por SS, con detalle de lo solicitado.	
Fórmula de Cálculo:	(Número de pacientes con ENT derivados desde los Servicios de Urgencia hacia establecimientos de APS del Servicio de Salud, con atención efectiva en el periodo / Número de pacientes con ENT que consultan en los Servicios de Urgencia del Servicio de Salud en el periodo) x 100	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	X = 50,0%	100,0%
	45,0% ≤ X < 50,0%	75,0%
	40,0% ≤ X < 45,0%	50,0%
	35,0% ≤ X < 40,0%	25,0%
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

IV Corte		25% de la evaluación anual
Número Acción	6	
Acciones y/o Metas Específicas	Informe estado situación de la implementación del protocolo a nivel de la red de urgencia local, que indique porcentaje de derivación desde los SU hacia la APS, y la atención efectiva de dichas derivaciones, más las actividades realizadas en el periodo.	
Medios de Verificación	i. Informe emitido por SS, con detalle de lo solicitado.	
Fórmula de Cálculo:	(Número de pacientes con ENT derivados desde los Servicios de Urgencia hacia establecimientos de APS del Servicio de Salud, con atención efectiva en el periodo / Número de pacientes con ENT que consultan en los Servicios de Urgencia del Servicio de Salud en el periodo) x 100	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	X = 60,0%	100,0%
	55,0% ≤ X < 60,0%	75,0%
	50,0% ≤ X < 55,0%	50,0%
	45,0% ≤ X < 50,0%	25,0%
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	



### Notas del Indicador.

1. El porcentaje de derivación es propio de cada SU, que a su vez se puede informar agrupadamente por cada organismo involucrado cuando corresponda (ejemplo comunas con más de un SU o SS con más de una UEH). Se debe considerar el total de pacientes derivados, pero, además, se debe individualizar a cada persona la patología (sospecha) por la que se deriva a la APS y a que establecimiento u organismo es la derivación.
2. Se considera como organismo a las siguientes entidades: Servicio de Salud, Unidad de Emergencia Hospitalaria, cada una de las comunas que pertenecen a un Servicio de Salud (Departamento de Salud o Corporación de Salud). Los establecimientos de salud de cada comuna deberán ser convocados a las reuniones, dado que son actores claves, pero no son considerados como actores independientes para el cálculo de las formulas precedentes. En los casos de Servicios de Salud que tengan a su cargo centros de APS, se deberá considerar como organismo al conjunto de centros de salud que están al interior de cada una de las comunas que lo componen, por lo que se considera representado con la participación de al menos uno de los establecimientos ubicados en cada una de esas comunas.
3. La atención efectiva se considerará para este indicador, como la hora agendada en el respectivo centro de salud para la persona derivada desde el SU.

### Ficha General Indicador

Nombre del Indicador	<b>11.2 Porcentaje de usuarios categorizados C2 atendidos oportunamente en las Unidades de Emergencia Hospitalaria Adulto y Pediátrica en el periodo.</b>
Fórmula de Cálculo	$(\text{N}^\circ \text{ total de usuarios C2 con primera atención médica en 30 minutos o menos, desde el tiempo de Categorización, en UEH en el periodo} / \text{N}^\circ \text{ total de pacientes C2 atendidos en UEH en el periodo}) \times 100.$
Fuente de Datos	Reportes emitidos por la UEH del establecimiento Obtenidos del DAU. REM- A08 (B58).

### Metas y Ponderaciones por Corte

	I Corte	20% de la evaluación anual
Número Acción	1	
Acciones y/o Metas Específicas	Informe de medición, monitoreo y resultados de los indicadores del corte.	
Medios de Verificación	i. Planillas de reportes que den cuenta del resultado, con N° de DAU y tiempos de cumplimiento.	
Fórmula de Cálculo:	$(\text{N}^\circ \text{ total de usuarios C2 con primera atención médica en 30 minutos o menos, desde el tiempo de Categorización, en UEH en el periodo} / \text{N}^\circ \text{ total de pacientes C2 atendidos en UEH en el periodo}) \times 100.$	
Cálculo del Cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	$X \geq 90,0\%$	100,0%
	$85,0\% \leq X < 90,0\%$	75,0%
	$80,0\% \leq X < 85,0\%$	50,0%
	$75,0\% \leq X < 80,0\%$	25,0%
	$X < 75,0\%$	0,0%
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	



II Corte		20% de la evaluación anual
Número Acción	2	
Acciones y/o Metas Específicas	Informe de medición, monitoreo y resultados de los indicadores del corte.	
Medios de Verificación	i. Planillas de reportes que den cuenta del resultado, con N° de DAU y tiempos de cumplimiento.	
Fórmula de Cálculo:	$(N^{\circ} \text{ total de usuarios C2 con primera atención médica en 30 minutos o menos, desde el tiempo de Categorización, en UEH en el periodo} / N^{\circ} \text{ total de pacientes C2 atendidos en UEH en el periodo}) \times 100.$	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	$X \geq 90,0\%$	100,0%
	$85,0\% \leq X < 90,0\%$	75,0%
	$80,0\% \leq X < 85,0\%$	50,0%
	$75,0\% \leq X < 80,0\%$	25,0%
	$X < 75,0\%$	0,0%
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

III Corte		20% de la evaluación anual
Número Acción	3	
Acciones y/o Metas Específicas	Informe de medición, monitoreo y resultados de los indicadores del corte.	
Medios de Verificación	i. Planillas de reportes que den cuenta del resultado, con N° de DAU y tiempos de cumplimiento.	
Fórmula de Cálculo:	$(N^{\circ} \text{ total de usuarios C2 con primera atención médica en 30 minutos o menos, desde el tiempo de Categorización, en UEH en el periodo} / N^{\circ} \text{ total de pacientes C2 atendidos en UEH en el periodo}) \times 100.$	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	$X \geq 90,0\%$	100,0%
	$85,0\% \leq X < 90,0\%$	75,0%
	$80,0\% \leq X < 85,0\%$	50,0%
	$75,0\% \leq X < 80,0\%$	25,0%
	$X < 75,0\%$	0,0%
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

IV Corte		40% de la evaluación anual
Número Acción	4	
Acciones y/o Metas Específicas	Informe de medición, monitoreo y resultados de los indicadores del corte.	
Medios de Verificación	i. Planillas de reportes que den cuenta del resultado, con N° de DAU y tiempos de cumplimiento.	
Fórmula de Cálculo:	$(N^{\circ} \text{ total de usuarios C2 con primera atención médica en 30 minutos o menos, desde el tiempo de Categorización, en UEH en el periodo} / N^{\circ} \text{ total de pacientes C2 atendidos en UEH en el periodo}) \times 100.$	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	$X \geq 90,0\%$	100,0%
	$85,0\% \leq X < 90,0\%$	75,0%
	$80,0\% \leq X < 85,0\%$	50,0%
	$75,0\% \leq X < 80,0\%$	25,0%
	$X < 75,0\%$	0,0%
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	



## Ficha General Indicador

Nombre del Indicador	<b>11.3 Porcentaje de usuarios que abandonan durante el Proceso de Atención de Urgencia en las Unidades de Emergencia Hospitalaria Adulto y Pediátrica.</b>
Fórmula de Cálculo	$\frac{[(\text{Número total de DAU generados en las Unidades de Emergencia Hospitalaria Adulto y Pediátrica en el periodo} - \text{Número total de altas desde las Unidades de Emergencia Hospitalaria Adulto y Pediátrica en el periodo}) / \text{Número total de DAU generados en las Unidades de Emergencia Hospitalaria Adulto y Pediátrica en el periodo}] \times 100}{100}$
Fuente de Datos	Reportes emitidos por la UEH del establecimiento Obtenidos en DEIS REM - A08 (B/12 y AS/12).

## Metas y Ponderaciones por Corte

I Corte		25% de la evaluación anual
Número Acción	1	
Acciones y/o Metas Específicas	Informe de medición, monitoreo y resultados de los indicadores del corte.	
Medios de Verificación	i. Planillas de reportes que den cuenta del resultado, con N° de Demanda de Urgencia y N° de Atenciones de Urgencia. Fuente DEIS- REM A08.	
Fórmula de Cálculo:	$\frac{[(\text{Número total de DAU generados en las Unidades de Emergencia Hospitalaria Adulto y Pediátrica en el periodo} - \text{Número total de altas desde las Unidades de Emergencia Hospitalaria Adulto y Pediátrica en el periodo}) / \text{Número total de DAU generados en las Unidades de Emergencia Hospitalaria Adulto y Pediátrica en el periodo}] \times 100}{100}$	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	$X \leq 10,0\%$	100,0%
	$12,5\% \geq X > 10,0\%$	75,0%
	$15,0\% \geq X > 12,5\%$	50,0%
	$17,5\% \geq X > 15,0\%$	25,0%
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

II Corte		25% de la evaluación anual
Número Acción	2	
Acciones y/o Metas Específicas	Informe de medición, monitoreo y resultados de los indicadores del corte.	
Medios de Verificación	i. Planillas de reportes que den cuenta del resultado, con N° de Demanda de Urgencia y N° de Atenciones de Urgencia. Fuente DEIS- REM A08.	
Fórmula de Cálculo:	$\frac{[(\text{Número total de DAU generados en las Unidades de Emergencia Hospitalaria Adulto y Pediátrica en el periodo} - \text{Número total de altas desde las Unidades de Emergencia Hospitalaria Adulto y Pediátrica en el periodo}) / \text{Número total de DAU generados en las Unidades de Emergencia Hospitalaria Adulto y Pediátrica en el periodo}] \times 100}{100}$	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	$X \leq 10,0\%$	100,0%
	$12,5\% \geq X > 10,0\%$	75,0%
	$15,0\% \geq X > 12,5\%$	50,0%
	$17,5\% \geq X > 15,0\%$	25,0%
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

III Corte		25% de la evaluación anual
Número Acción	3	
Acciones y/o Metas Específicas	Informe de medición, monitoreo y resultados de los indicadores del corte.	



Medios de Verificación	i. Planillas de reportes que den cuenta del resultado, con N° de Demanda de Urgencia y N° de Atenciones de Urgencia. Fuente DEIS- REM A08.	
Fórmula de Cálculo:	[(Número total de DAU generados en las Unidades de Emergencia Hospitalaria Adulto y Pediátrica en el periodo - Número total de altas desde las Unidades de Emergencia Hospitalaria Adulto y Pediátrica en el periodo) / Número total de DAU generados en las Unidades de Emergencia Hospitalaria Adulto y Pediátrica en el periodo] x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≤ 10,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>12,5% ≥ X &gt; 10,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>15,0% ≥ X &gt; 12,5%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>17,5% ≥ X &gt; 15,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &gt; 17,5%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

	<b>IV Corte</b>	<b>25% de la evaluación anual</b>
Número Acción	4	
Acciones y/o Metas Específicas	Informe de medición, monitoreo y resultados de los indicadores del corte.	
Medios de Verificación	i. Planillas de reportes que den cuenta del resultado, con N° de Demanda de Urgencia y N° de Atenciones de Urgencia. Fuente DEIS- REM A08.	
Fórmula de Cálculo:	[(Número total de DAU generados en las Unidades de Emergencia Hospitalaria Adulto y Pediátrica en el periodo - Número total de altas desde las Unidades de Emergencia Hospitalaria Adulto y Pediátrica en el periodo) / Número total de DAU generados en las Unidades de Emergencia Hospitalaria Adulto y Pediátrica en el periodo] x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≤ 10,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>12,5% ≥ X &gt; 10,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>15,0% ≥ X &gt; 12,5%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>17,5% ≥ X &gt; 15,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &gt; 17,5%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

### Notas del Indicador

1. Es importante para el cumplimiento de los Indicadores, aplicar la segmentación de la Demanda a partir del TRIAGE y gestionar la demanda por flujos de atención.
2. Este indicador mide el tiempo que espera un paciente C2 para acceder a la primera atención médica en la Unidades de Emergencia Hospitalaria, desde su categorización.



ALERGIA

Solange  
Ríos  
40 años  
324-3



COMPROMISO DE GESTIÓN N°12

FORTALECIMIENTO DEL PROCESO DE  
HOSPITALIZACIÓN



<b>Ámbito RISS:</b>	Modelo Asistencial.
<b>Atributo:</b>	Una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, gestión de enfermedades, y cuidados paliativos, y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud personales y los servicios de salud pública.

## Objetivo General

Mejorar el proceso de hospitalización en establecimientos hospitalarios de alta, mediana y baja complejidad, optimizando el uso del recurso cama, de manera de asegurar la continuidad de atención de los usuarios que requieren hospitalización, de manera eficiente, oportuna, segura y de calidad.

## Objetivos Específicos

- Realizar seguimiento y evaluación del impacto de la gestión de pacientes a través de indicadores de resultado.
- Apoyar la gestión por procesos en Servicios de Salud y establecimientos hospitalarios, a través de la entrega y refuerzo de lineamientos y normativas de gestión hospitalaria, con foco en el proceso de hospitalización, y según resultados obtenidos en los indicadores a medir.

## Marco Referencial y Consideraciones Técnicas

La gestión hospitalaria, constituye un elemento fundamental del sistema de salud, la cual involucra necesariamente la coordinación de diversos factores, tales como el recurso humano, la prestación de servicios, el uso de tecnologías; unidades de apoyo y logística, entre otros, para alcanzar un buen desempeño, en términos de eficiencia y calidad, de manera de responder a los problemas de salud de la población<sup>36</sup>.

En este contexto, la Gestión por Procesos es definida como una forma de gestionar y profundizar en los aspectos de Calidad de ejecución de los procesos, permitiendo sustentar la acreditación y profundizar el reconocimiento de la red de salud. Es así como, a partir del año 2011, se instala desde la Subsecretaría de Redes Asistenciales, un trabajo colaborativo con la red pública, generando los modelamientos de los procesos claves de la gestión clínica, siendo uno de ellos, la Gestión del Proceso de Hospitalización, el cual abarca los procesos más importantes llevados a cabo durante la hospitalización del paciente hasta su egreso. Uno de los subprocesos definidos de la hospitalización ha sido la Gestión de Camas, que tiene por objetivo gestionar de manera eficiente las camas del hospital a través de un gestor específico de ésta. Considera funciones tales como: administrar la disponibilidad de recursos y hacer las gestiones pertinentes para conseguir la mejor disponibilidad del recurso cama. Sin embargo, desde esa fecha a la actualidad, persisten los nodos críticos en cuanto a la oferta desde los servicios de hospitalizados hacia la demanda de urgencia o de pabellones, producto tanto de la falta estructural de camas de dotación, como por ineficiencias en su uso. Tal como describe la literatura:

<sup>36</sup> Lira, L. (2013). Impacto del sistema de alta dirección pública (SADP) en la gestión hospitalaria: Un análisis empírico.



- “Sólo el 16%, de los hospitales se encuentra operando en niveles eficientes de producción y utilizan entre un 30,3 y 94,3% más de recursos que los requeridos”. La eficiencia técnica se ubica en hospitales entre 393 y 454 camas, así como con un promedio de días de estada entre 5,35 y 5,72 días (variables número de camas, promedio de días de estada, número de consultas de especialidad y de urgencia)<sup>37</sup>.
- “Ineficiencia relativa de un 20,2 -23,3%, donde los hospitales podrían aumentar la producción con insumos constantes”. Análisis Envolvente de Datos (DEA)<sup>38</sup>.
- “El 14,2% de todas las admisiones hospitalarias se pueden considerar inadecuadas y las estadías con estas características, representan el 37,7% del total de los días de ingreso hospitalario. Diversas metodologías señalan que este % siempre es superior al 14%. En España, oscilan entre 15-30% para los ingresos y entre 30-40% para las estancias<sup>39</sup>.
- Así mismo, la inadecuación de ingresos en los servicios médicos es de 10,9% y en los servicios quirúrgicos es de 1,3%. No existen diferencias significativas según meses o días, en los ingresos. En los ingresos urgentes la inadecuación es de 7,9% versus los programados que llega a 5,6%. La inadecuación de las estancias es mayor en cardiología (48,3%) y traumatología (27%), entre otros. Y en cuanto al tipo de paciente, los pacientes quirúrgicos alcanzan un 18,1% y los de medicina un 28,3%. Y entre ambas variables, los pacientes con ingresos inadecuados tuvieron un % de inadecuación de la estancia de un 74,3%, versus aquellos con ingreso adecuado, que registraron una estancia inadecuada de un 20,7%<sup>40</sup>.

De manera complementaria, también se describe el contexto:

- Vías de ingreso principal a una cama hospitalaria: admisión programada (mayor % requerimiento por procedimiento quirúrgico) y admisión de urgencia (mayor % asociado a patologías médicas)<sup>41</sup>.
- Así mismo, se indica que los servicios limitados por espacio físico, carga asistencial en relación con el nº de camas y RRHH, deben dar paso a unidades funcionales centradas en dar respuesta al problema del paciente. En este sentido, “el proceso de alta hospitalaria no debe ser sinónimo de cierre del episodio, ya que puede realizarse en otras áreas o estrategias, tal como Hospitalización domiciliaria, hospital de día, unidades de corta estadía o alta rápida, entre otras<sup>42</sup>.

Por lo tanto, desde el año 2019, a través de este COMGES y para abordar problemática descrita se fortalecieron en hospitales y en otros, se conformaron **equipos de Gestión de Pacientes**, para así impactar fuertemente en la satisfacción de los usuarios a través de la resolución de todos los cuellos de botella que enlentecen el flujo de los pacientes hospitalizados<sup>43</sup>, de manera de **potenciar el uso de la cama**, la cual debe circunscribirse a un periodo limitado de tiempo, debiendo cumplirse las otras etapas, tanto previo a su ingreso, como luego de su

<sup>37</sup> Castro, R. (2007). Midiendo la eficiencia de los hospitales públicos en Chile.

<sup>38</sup> Santelices, E., Ormeño, H., Delgado M., et al. (2013). Análisis de la eficiencia técnica hospitalaria 2011.

<sup>39</sup> Elorza, E., Vanina, N., Cruciani, F., et al. (2012). Clasificación de las causas que determinan estadía inadecuada útil para la gestión hospitalaria.

<sup>40</sup> Soria, A., Carrillo, A., Flores, P., et al. (2009). Causas y costes asociados a la inadecuación de ingresos y estancias hospitalarias.

<sup>41</sup> Antoni, J., Enjamio, C., García, C., et al. (2010). Impacto en la implementación de medidas de gestión hospitalaria para aumentar la eficiencia en la gestión de camas y disminuir la saturación de urgencias.

<sup>42</sup> Del Castillo, A., Khosravi, P. (2005). Reingeniería en el proceso de gestión e innovación de la asistencia médica hospitalaria.

<sup>43</sup> Almenara-Barríos, J., García-Ortega, C., González, J., y Avellán, M. (2002). Creación de índices de gestión hospitalaria mediante análisis de componentes principales.





egreso, en otros niveles de atención integrados al hospital de su red. Como parte de este proceso, debe trabajarse además en la **instalación de la Gestión del Alta**, la cual debe considerar la implementación de un Plan de Alta Hospitalaria, que contenga lineamientos y algoritmos de funcionamiento con actividades específicas para cada integrante del equipo de salud, con enfoque multidisciplinario, tanto en gestión y capacitación de ayudas técnicas u otro insumo para el uso del tratamiento indicado y cuidados pertinentes en el hogar.

Este plan debe considerar algunos aspectos a coordinar tales como: la planificación desde el ingreso del paciente (**Plan terapéutico**). Esta planificación debe ser multidisciplinaria, con el fin de realizar evaluaciones integrales, como por ejemplo, la identificación temprana de riesgo de lesión por presión; potencial caso social; entre otros, evitar extender el alta hasta la tarde (idealmente confirmar las altas en visita am o el día anterior), optimizar los procesos logísticos (limpieza, traslado, gestión de ayudas técnicas, entre otros), optimizar los procesos clínicos/administrativos (coordinar las diferentes actividades involucradas en el proceso, ejemplo fast track en la entrega de fármacos al alta, asignación de tareas señaladas en el procedimiento), involucrar al usuario y familia durante todo el proceso, establecer procedimiento para los ingresos desde la urgencia, evaluar la implementación de salas de prealta, apoyo de TICS (registro de fecha prevista, confirmación, reservas de cama programadas y desde la urgencia, medición de tiempos), discriminar el procedimiento en condiciones basales de gestión versus contingencias (sistema de alarmas).

Así mismo, también se debe considerar en el desarrollo de este proceso, el contexto que se vive en Chile y el mundo, como consecuencia de la **pandemia por COVID-19**. Aproximadamente el 5% de los pacientes con COVID-19, y el 20% de los hospitalizados, experimentan síntomas graves que requieren cuidados intensivos y más del 75% de los pacientes hospitalizados con COVID-19 requieren oxígeno suplementario. El tratamiento para individuos con COVID-19 debe considerar las mejores prácticas para el manejo de apoyo de la insuficiencia respiratoria hipóxica aguda, y manejo integral de este tipo de pacientes. Por lo tanto, la conducta en los pacientes críticos es fundamental y requiere considerar todos los recursos necesarios, tales como personal de salud disponible y capacitado, equipos e insumos que den soporte al manejo de pacientes más complejos, así como en el resto de los pacientes hospitalizados en áreas no críticas, desarrollando una coordinación óptima al interior de cada establecimiento hospitalario y en toda la red de salud, manteniendo como centro de atención a la persona, con requerimientos específicos dada su condición clínica, de manera de asegurar una continuidad en la atención en los diferentes niveles, de manera integrada y coordinada, que incluya las mejores prácticas en las distintas etapas de abordaje, como en el diagnóstico, el tratamiento, las medidas de protección y aislamiento, rehabilitación de los pacientes, además de capacitación al personal de salud. Esta interrelación permitirá desarrollar y contar con el aporte de todas las experiencias y aprendizajes exitosos en la gestión clínica, así como en la eficiencia hospitalaria<sup>44</sup>.

Por lo tanto, y dado los antecedentes expuestos, es que desde la gestión del proceso de hospitalización y de este COMGES, durante 2019 se propuso como **indicador de proceso la Implementación del subproceso Gestión de Pacientes y un indicador de resultado, como es el Índice Funcional**, con el objetivo de la mejora del proceso y uso eficiente de las camas. Y para dar continuidad y poder contar con información que pueda

---

<sup>44</sup> Ordinario C21/Nº 2972, del 30 de septiembre 2020. Lineamientos en gestión y eficiencia clínica hospitalaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud de Chile.



evidenciar tendencias, es que para el 2021, se dará continuidad al trabajo del año anterior, manteniendo los siguientes indicadores de resultados:

- Índice Funcional.
- Porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización desde UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas.
- Porcentaje de Egresos con Estadía Prolongada Superior.

## Definiciones y Terminología

- **Índice Funcional:** Corresponde a la razón entre la estancia media ajustada por case mix y la estancia media del estándar. Otorga la información sobre el patrón funcional del hospital respecto del estándar, dando una idea de la eficiencia en el uso de cama. Es decir, un (IF) superior a 1 indica que el hospital precisa más días de hospitalización que el estándar para tratar igual casuística, por lo tanto, en términos generales, mide la eficiencia en el uso de cama y permite la comparación entre establecimientos<sup>45 46</sup>.
- **Porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización desde UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas:** Corresponde a todos los pacientes que con indicación de hospitalización logran acceder a una cama de hospitalización antes de 12 horas.
- **Porcentaje de Egresos con Estadía Prolongada Superior:** Este indicador refleja el comportamiento del consumo de días de estada, de aquellos egresos que tuvieron una estadía superior a la del resultado del conjunto de hospitales del país sobre la misma casuística. La casuística país está reflejada en el estándar de consumo de días para cada GRD en la Norma MINSAL vigente al momento de la evaluación.

## Nombre del Indicador

- **12.1** Índice Funcional.
- **12.2** Porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización desde la UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas.
- **12.3** Porcentaje de Egresos con Estadía Prolongada Superior.

## Meta Nacional Año 2021

- Obtener un Índice Funcional promedio del Servicio de Salud igual o inferior a **1**.
- Obtener un porcentaje mayor o igual a un **80,0%** de pacientes con indicación de hospitalización desde UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas.
- Obtener un porcentaje menor o igual a **5,6%** de egresos con estadía prolongada superior.

## Metodología de Evaluación

<sup>45</sup> Casas, M. y Guash, E. (s.f) GRD e información para la gestión.

<sup>46</sup> Documento conductor de Reportes Mensuales de producción hospitalaria e indicadores GRD MINSAL.



Indicador	Ponderación por Corte
12.1 Índice Funcional.	1,5%
12.2 Porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización desde la UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas.	1,5%
12.3 Porcentaje de Egresos con Estadía Prolongada Superior.	1,0%

### Ficha General Indicador

Nombre del Indicador	<b>12.1 Índice Funcional.</b>
Fórmula de Cálculo	(Estancia media ajustada por case mix / Estancia media del estándar)
Fuente de Datos	GRD.

### Metas y Ponderaciones por Corte

I Corte		25% de la evaluación anual
Número Acción	1	
Acciones y/o Metas Específicas	Cálculo del Índice Funcional del periodo de enero a marzo. Para efectos del cálculo de cumplimiento del Servicio de Salud, los Índices Funcionales de cada establecimiento son evaluados de manera individual, según la tabla de sensibilidad del indicador. El promedio de los porcentajes de cumplimiento de cada establecimiento, corresponderá al resultado del Servicio de Salud al corte.	
Medios de Verificación	i. Extracción centralizada de base de datos GRD, correspondiente al periodo.	
Fórmula de Cálculo:	$\sum_{i=1}^N \frac{\% \text{ CUMPLIMIENTO ASIGNADO}_i}{N}$	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>IF ≤ 1,00</b>	<b>100,0%</b>
	<b>1,01 ≥ IF &gt; 1,00</b>	<b>75,0%</b>
	<b>1,02 ≥ IF &gt; 1,01</b>	<b>50,0%</b>
	<b>1,03 ≥ IF &gt; 1,02</b>	<b>25,0%</b>
	<b>IF &gt; 1.03</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

II Corte		25% de la evaluación anual
Número Acción	2	
Acciones y/o Metas Específicas	Cálculo del Índice Funcional del periodo de enero a junio. Para efectos del cálculo de cumplimiento del Servicio de Salud, los Índices Funcionales de cada establecimiento son evaluados de manera individual, según la tabla de sensibilidad del indicador. El promedio de los porcentajes de cumplimiento de cada establecimiento, corresponderá al resultado del Servicio de Salud al corte.	
Medios de Verificación	i. Extracción centralizada de base de datos GRD, correspondiente al periodo.	
Fórmula de Cálculo:	$\sum_{i=1}^N \frac{\% \text{ CUMPLIMIENTO ASIGNADO}_i}{N}$	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>IF ≤ 1,00</b>	<b>100,0%</b>
	<b>1,01 ≥ IF &gt; 1,00</b>	<b>75,0%</b>
	<b>1,02 ≥ IF &gt; 1,01</b>	<b>50,0%</b>
	<b>1,03 ≥ IF &gt; 1,02</b>	<b>25,0%</b>
	<b>IF &gt; 1.03</b>	<b>0,0%</b>



Ponderación al Corte de la Acción	100,0%
-----------------------------------	--------

III Corte		25% de la evaluación anual
Número Acción	3	
Acciones y/o Metas Específicas	Cálculo del Índice Funcional del periodo de enero a septiembre. Para efectos del cálculo de cumplimiento del Servicio de Salud, los Índices Funcionales de cada establecimiento son evaluados de manera individual, según la tabla de sensibilidad del indicador. El promedio de los porcentajes de cumplimiento de cada establecimiento, corresponderá al resultado del Servicio de Salud al corte.	
Medios de Verificación	i. Extracción centralizada de base de datos GRD, correspondiente al periodo.	
Fórmula de Cálculo:	$\frac{\sum_{i=1}^N \% \text{ CUMPLIMIENTO ASIGNADO}_i}{N}$	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>IF ≤ 1,00</b>	<b>100,0%</b>
	<b>1,01 ≥ IF &gt; 1,00</b>	<b>75,0%</b>
	<b>1,02 ≥ IF &gt; 1,01</b>	<b>50,0%</b>
	<b>1,03 ≥ IF &gt; 1,02</b>	<b>25,0%</b>
	<b>IF &gt; 1.03</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

IV Corte		25% de la evaluación anual
Número Acción	4	
Acciones y/o Metas Específicas	Cálculo del Índice Funcional del periodo de enero a diciembre. Para efectos del cálculo de cumplimiento del Servicio de Salud, los Índices Funcionales de cada establecimiento son evaluados de manera individual, según la tabla de sensibilidad del indicador. El promedio de los porcentajes de cumplimiento de cada establecimiento, corresponderá al resultado del Servicio de Salud al corte.	
Medios de Verificación	i. Extracción centralizada de base de datos GRD, correspondiente al periodo.	
Fórmula de Cálculo:	$\frac{\sum_{i=1}^N \% \text{ CUMPLIMIENTO ASIGNADO}_i}{N}$	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>IF ≤ 1,00</b>	<b>100,0%</b>
	<b>1,01 ≥ IF &gt; 1,00</b>	<b>75,0%</b>
	<b>1,02 ≥ IF &gt; 1,01</b>	<b>50,0%</b>
	<b>1,03 ≥ IF &gt; 1,02</b>	<b>25,0%</b>
	<b>IF &gt; 1.03</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

Ficha General Indicador

Nombre del Indicador	<b>12.2 Porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización desde la UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas.</b>
Fórmula de Cálculo	(Número Total de Pacientes con indicación de hospitalización que esperan en UEH T' < 12 horas para acceder a cama de dotación en el periodo t / Número total de pacientes con indicación de hospitalización en UEH en el periodo t) x 100
Fuente de Datos	REM.

Metas y Ponderaciones por Corte



I Corte		25% de la evaluación anual
Número Acción	1	
Acciones y/o Metas Específicas	<p>Cálculo del porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización desde UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas del periodo de enero a marzo.</p> <p>Para efectos del cálculo de cumplimiento del Servicio de Salud, se sumarán en el numerador el número total de pacientes de todos los establecimientos, con indicación de hospitalización que esperan en UEH &lt; 12 horas para acceder a cama de dotación y en el denominador, se sumarán el número total de pacientes de todos los establecimientos, con indicación de hospitalización en UEH, para obtener el porcentaje del Servicio de Salud al corte.</p> <p><b>Aplica a establecimientos con UEH que realizan hospitalizaciones adultas y/o pediátricas (se excluye hospitalización obstétrica).</b></p>	
Medios de Verificación	i. Extracción centralizada de base de datos REM, correspondiente al periodo.	
Fórmula de Cálculo:	$\left( \frac{\text{Número Total de Pacientes con indicación de hospitalización que esperan en UEH } T < 12 \text{ horas para acceder a cama de dotación en el periodo } t}{\text{Número total de pacientes con indicación de hospitalización en UEH en el periodo } t} \right) \times 100$	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	$X \geq 65,0\%$	100,0%
	$60,0\% \leq X < 65,0\%$	75,0%
	$55,0\% \leq X < 60,0\%$	50,0%
	$50,0\% \leq X < 55,0\%$	25,0%
	$X < 50,0\%$	0,0%
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

II Corte		25% de la evaluación anual
Número Acción	2	
Acciones y/o Metas Específicas	<p>Cálculo del porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización desde UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas del periodo de enero a junio.</p> <p>Para efectos del cálculo de cumplimiento del Servicio de Salud, se sumarán en el numerador el número total de pacientes de todos los establecimientos, con indicación de hospitalización que esperan en UEH &lt; 12 horas para acceder a cama de dotación y en el denominador, se sumarán el número total de pacientes de todos los establecimientos, con indicación de hospitalización en UEH, para obtener el porcentaje del Servicio de Salud al corte.</p> <p><b>Aplica a establecimientos con UEH que realizan hospitalizaciones adultas y/o pediátricas (se excluye hospitalización obstétrica).</b></p>	
Medios de Verificación	i. Extracción centralizada de base de datos REM, correspondiente al periodo.	
Fórmula de Cálculo:	$\left( \frac{\text{Número Total de Pacientes con indicación de hospitalización que esperan en UEH } T < 12 \text{ horas para acceder a cama de dotación en el periodo } t}{\text{Número total de pacientes con indicación de hospitalización en UEH en el periodo } t} \right) \times 100$	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	$X \geq 70,0\%$	100,0%
	$65,0\% \leq X < 70,0\%$	75,0%
	$60,0\% \leq X < 65,0\%$	50,0%
	$55,0\% \leq X < 60,0\%$	25,0%
	$X < 55,0\%$	0,0%
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

III Corte		25% de la evaluación anual
Número Acción	3	



Acciones y/o Metas Específicas	<p>Cálculo del porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización desde UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas del periodo de enero a septiembre.</p> <p>Para efectos del cálculo de cumplimiento del Servicio de Salud, se sumarán en el numerador el número total de pacientes de todos los establecimientos, con indicación de hospitalización que esperan en UEH &lt; 12 horas para acceder a cama de dotación y en el denominador, se sumarán el número total de pacientes de todos los establecimientos, con indicación de hospitalización en UEH, para obtener el porcentaje del Servicio de Salud al corte.</p> <p><b>Aplica a establecimientos con UEH que realizan hospitalizaciones adultas y/o pediátricas (se excluye hospitalización obstétrica).</b></p>	
Medios de Verificación	i. Extracción centralizada de base de datos REM, correspondiente al periodo.	
Fórmula de Cálculo:	(Número Total de Pacientes con indicación de hospitalización que esperan en UEH T' < 12 horas para acceder a cama de dotación en el periodo t / Número total de pacientes con indicación de hospitalización en UEH en el periodo t) x 100	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	X ≥ 75,0%	100,0%
	70,0% ≤ X < 75,0%	75,0%
	65,0% ≤ X < 70,0%	50,0%
	60,0% ≤ X < 65,0%	25,0%
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

	<b>IV Corte</b>	<b>25% de la evaluación anual</b>
Número Acción	4	
Acciones y/o Metas Específicas	<p>Cálculo del porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización desde UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas del periodo de enero a diciembre.</p> <p>Para efectos del cálculo de cumplimiento del Servicio de Salud, se sumarán en el numerador el número total de pacientes de todos los establecimientos, con indicación de hospitalización que esperan en UEH &lt; 12 horas para acceder a cama de dotación y en el denominador, se sumarán el número total de pacientes de todos los establecimientos, con indicación de hospitalización en UEH, para obtener el porcentaje del Servicio de Salud al corte.</p> <p><b>Aplica a establecimientos con UEH que realizan hospitalizaciones adultas y/o pediátricas (se excluye hospitalización obstétrica).</b></p>	
Medios de Verificación	i. Extracción centralizada de base de datos REM, correspondiente al periodo.	
Fórmula de Cálculo:	(Número Total de Pacientes con indicación de hospitalización que esperan en UEH T' < 12 horas para acceder a cama de dotación en el periodo t / Número total de pacientes con indicación de hospitalización en UEH en el periodo t) x 100	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	X ≥ 80,0%	100,0%
	75,0% ≤ X < 80,0%	75,0%
	70,0% ≤ X < 75,0%	50,0%
	65,0% ≤ X < 70,0%	25,0%
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

Ficha General Indicador

Nombre del Indicador	<b>12.3 Porcentaje de Egresos con Estadía Prolongada Superior.</b>
Fórmula de Cálculo	(Número de egresos con estadías prolongadas en el período t / Total de egresos codificados en el periodo t) x 100.
Fuente de Datos	GRD



## Metas y Ponderaciones por Corte

I Corte		25% de la evaluación anual
Número Acción	1	
Acciones y/o Metas Específicas	<p>Cálculo del Porcentaje de egresos con estadías prolongadas del periodo de enero a marzo.</p> <p>Para efectos del cálculo de cumplimiento del Servicio de Salud, los resultados de cada establecimiento son evaluados de manera individual, según la tabla de sensibilidad del indicador y de estos resultados se calculará el % de cumplimiento, como resultado del Servicio de Salud al corte.</p> <p><b>Exclusiones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– De la especialidad de Psiquiatría (adultos, adolescentes e infantil).</li> <li>– Pacientes judicializados código diagnóstico CIE10 Z65.3 Problemas relacionados con otras circunstancias legales (arresto, custodia de niño o procedimiento de amparo, juicio, litigio).               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Casos socio-sanitarios.</li> <li>– Casos rehabilitación.</li> </ul> </li> </ul>	
Medios de Verificación	i. Extracción centralizada de base de datos GRD, correspondiente al periodo.	
Fórmula de Cálculo:	$\left( \frac{\text{Número de egresos con estadías prolongadas en el periodo } t}{\text{Total de egresos codificados en el periodo } t} \right) \times 100$	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	$X \leq 5,6\%$	<b>100,0%</b>
	$6,0\% \geq X > 5,6\%$	<b>75,0%</b>
	$6,5\% \geq X > 6,0\%$	<b>50,0%</b>
	$7,2\% \geq X > 6,5\%$	<b>25,0%</b>
	$X > 7,2\%$	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

II Corte		25% de la evaluación anual
Número Acción	2	
Acciones y/o Metas Específicas	<p>Cálculo del Porcentaje de egresos con estadías prolongadas del periodo de enero a junio.</p> <p>Para efectos del cálculo de cumplimiento del Servicio de Salud, los resultados de cada establecimiento son evaluados de manera individual, según la tabla de sensibilidad del indicador y de estos resultados se calculará el % de cumplimiento, como resultado del Servicio de Salud al corte.</p> <p><b>Exclusiones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– De la especialidad de Psiquiatría (adultos, adolescentes e infantil).</li> <li>– Pacientes judicializados código diagnóstico CIE10 Z65.3 Problemas relacionados con otras circunstancias legales (arresto, custodia de niño o procedimiento de amparo, juicio, litigio).               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Casos socio-sanitarios.</li> <li>– Casos rehabilitación.</li> </ul> </li> </ul>	
Medios de Verificación	i. Extracción centralizada de base de datos GRD, correspondiente al periodo.	
Fórmula de Cálculo:	$\left( \frac{\text{Número de egresos con estadías prolongadas en el periodo } t}{\text{Total de egresos codificados en el periodo } t} \right) \times 100$	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	$X \leq 5,6\%$	<b>100,0%</b>
	$6,0\% \geq X > 5,6\%$	<b>75,0%</b>
	$6,5\% \geq X > 6,0\%$	<b>50,0%</b>
	$7,2\% \geq X > 6,5\%$	<b>25,0%</b>
	$X > 7,2\%$	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	



III Corte		25% de la evaluación anual
Número Acción	3	
Acciones y/o Metas Específicas	<p>Cálculo del Porcentaje de egresos con estadías prolongadas del periodo de enero a septiembre. Para efectos del cálculo de cumplimiento del Servicio de Salud, los resultados de cada establecimiento son evaluados de manera individual, según la tabla de sensibilidad del indicador y de estos resultados se calculará el % de cumplimiento, como resultado del Servicio de Salud al corte.</p> <p><b>Exclusiones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– De la especialidad de Psiquiatría (adultos, adolescentes e infantil).</li> <li>– Pacientes judicializados código diagnóstico CIE10 Z65.3 Problemas relacionados con otras circunstancias legales (arresto, custodia de niño o procedimiento de amparo, juicio, litigio).               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Casos socio-sanitarios.</li> <li>– Casos rehabilitación.</li> </ul> </li> </ul>	
Medios de Verificación	i. Extracción centralizada de base de datos GRD, correspondiente al periodo.	
Fórmula de Cálculo:	(Número de egresos con estadías prolongadas en el periodo t / Total de egresos codificados en el periodo t) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≤ 5,6%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>6,0% ≥ X &gt; 5,6%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>6,5% ≥ X &gt; 6,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>7,2% ≥ X &gt; 6,5%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &gt; 7,2%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

IV Corte		25% de la evaluación anual
Número Acción	4	
Acciones y/o Metas Específicas	<p>Cálculo del Porcentaje de egresos con estadías prolongadas del periodo de enero a diciembre. Para efectos del cálculo de cumplimiento del Servicio de Salud, los resultados de cada establecimiento son evaluados de manera individual, según la tabla de sensibilidad del indicador y de estos resultados se calculará el % de cumplimiento, como resultado del Servicio de Salud al corte.</p> <p><b>Exclusiones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– De la especialidad de Psiquiatría (adultos, adolescentes e infantil).</li> <li>– Pacientes judicializados código diagnóstico CIE10 Z65.3 Problemas relacionados con otras circunstancias legales (arresto, custodia de niño o procedimiento de amparo, juicio, litigio).               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Casos socio-sanitarios.</li> <li>– Casos rehabilitación.</li> </ul> </li> </ul>	
Medios de Verificación	i. Extracción centralizada de base de datos GRD, correspondiente al periodo.	
Fórmula de Cálculo:	(Número de egresos con estadías prolongadas en el periodo t / Total de egresos codificados en el periodo t) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≤ 5,6%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>6,0% ≥ X &gt; 5,6%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>6,5% ≥ X &gt; 6,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>7,2% ≥ X &gt; 6,5%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &gt; 7,2%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	





COMPROMISO DE GESTIÓN N°13  
FORTALECIMIENTO DEL PROCESO  
QUIRÚRGICO



<b>Ámbito RISS:</b>	Modelo Asistencial.
<b>Atributo:</b>	Una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, gestión de enfermedades, y cuidados paliativos, y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud personales y los servicios de salud pública.

## Objetivo General

Optimizar la atención del paciente durante el proceso quirúrgico y lograr el uso eficiente de los recursos disponibles para los quirófanos de cirugía mayor.

## Objetivos Específicos

- Aumentar el porcentaje de cirugías mayores que se realizan en forma ambulatoria.
- Disminuir la suspensión de cirugías en pacientes que están programados en tabla quirúrgica.
- Aumentar la ocupación de los quirófanos de cirugía electiva en horario hábil.

## Marco Referencial y Consideraciones Técnicas

La situación actual en el ámbito demográfico, social y sanitario, especialmente a nivel de los patrones de morbilidad, producto del alto impacto por la Pandemia, nos ha obligado a la redistribución de los recursos disponibles para la atención de los pacientes Covid-19 que requieren de hospitalización. Es así, que muchas unidades de quirófanos y de recuperación de anestesia, se han reconvertido en unidades de pacientes críticos, lo que ha limitado la actividad quirúrgica electiva destinándose ésta, prioritariamente, a resolver la cirugía de urgencia.

Debido a la inexperiencia y al poco conocimiento general, el comportamiento de la pandemia es hasta ahora impredecible, lo que conlleva a flexibilizar el uso de los recursos para la actividad quirúrgica y por ende las metas de los compromisos de gestión asociados a esta actividad, sin embargo, se hace necesario, de igual forma, realizar esfuerzos para optimizar su utilización.

Dado que el año 2020 fue impactado duramente por la pandemia en la actividad quirúrgica, tomaremos el año 2019 como línea de base para la propuesta de las metas aplicables al año 2021.

## Definiciones y Terminología

- **Intervención Cirugía Mayor Ambulatoria Electiva:** Corresponde a una intervención que, de acuerdo con el diagnóstico y condición clínica de la persona puede ser electiva, se realiza en el quirófano ambulatorio o central y la recuperación es menor a 24 horas. El período de observación post operatoria debe ser realizado en una unidad destinada a este fin, no en cama de dotación.
- **Suspensión de cirugías programadas:** Se deben considerar como cirugías suspendidas aquellas que han sido incluidas en la tabla quirúrgica diaria y posteriormente no son realizadas. Cabe señalar, que este



indicador se focaliza en la persona y no solamente en el uso del pabellón, es decir, si una persona es reemplazada por otra ya estando programada en la tabla quirúrgica difundida, igual se debe considerar como una suspensión. El horario de medición es el institucional y contempla todas las causas de suspensión quirúrgica. No se consideran como suspensiones los pacientes que son incorporados como condicionales a la tabla quirúrgica.

- **Ocupación de Quirófanos:** Este indicador mide el tiempo expresado en porcentaje de horas, en los cuales se utilizan los quirófanos habilitados. El número de horas mensuales disponibles se debe calcular respecto al de horas habilitadas para cirugía mayor.
  - **Electivo:** Cada quirófano debe estar disponible para cirugía mayor electiva a lo menos ocho horas diarias de lunes a viernes, descontando 45 min de colación respecto a las 44 horas contratadas semanales, es decir, el total de horas habilitadas mensuales corresponde al producto de 8 (horas diarias), por número de días hábiles del mes y por el de quirófanos.
  - **Urgencia:** Cada quirófano debe estar disponible para cirugía mayor de urgencia 24 horas diarias de lunes a domingo, es decir, el total de horas habilitadas mensuales es de 24 horas multiplicado por número total de días del mes y por el número de quirófanos habilitados.
  - **Obstetricia:** Cada quirófano debe estar disponible para cirugía mayor de urgencia 24 horas diarias de lunes a domingo, es decir, el total de horas habilitadas mensuales es de 24 horas multiplicado por número de días mensuales y por el número de quirófanos habilitados.
  - **Indiferenciados:** se utilizan indistintamente en cirugía electiva y de urgencia, preferentemente con una cobertura de al menos 8 horas diarias, (8 a 17 hrs), en aquellos establecimientos de baja complejidad, que cuenten con dos o menos quirófanos y les permita hacer una mejor utilización de su capacidad instalada. Los establecimientos de alta y mediana complejidad no deberán destinar en su dotación quirófanos indiferenciados.
- Las horas ocupadas se deben calcular en base a las horas reales consignadas en los registros de quirófanos, no realizar aproximaciones.
- **Total de Horas Ocupadas:** Corresponde a las horas ocupadas en la intervención quirúrgica, más las horas de preparación (limpieza, desinfección).
- **Horario Hábil:** Es el horario que comprende la jornada diaria de trabajo, de 08:45 horas por día de lunes a viernes, generalmente en el horario comprendido entre las 08:00 y las 17:00.
- **Horario Inhábil de lunes a viernes:** Es el horario posterior al término del horario hábil, generalmente comienza a las 17 horas y termina a las 08:00 del día siguiente.
- **Horario de Fines de Semana y Festivos:** Corresponde al horario en día inhábil.

## Nombre del Indicador

- **13.1** Porcentaje de ambulatorización de cirugías mayores.
- **13.2** Porcentaje de suspensión de intervenciones quirúrgicas en pacientes de tabla quirúrgica programada.
- **13.3** Porcentaje de ocupación de quirófanos de cirugía electiva.

## Meta Nacional Año 2021

- Realizar un **70,0%** de las intervenciones quirúrgicas mayores electivas de manera ambulatoria, en usuarios



que cumplen con los criterios de ambulatorización.

- Alcanzar un porcentaje de suspensión de intervenciones quirúrgicas programadas menor o igual a un **7,0%** durante el año 2021.
- Alcanzar una ocupación de quirófanos electivos de un **70,0%** en el año 2021.

## Metodología de Evaluación

Indicador	Ponderación por Corte
13.1 Porcentaje de ambulatorización de cirugías mayores.	<b>1,6%</b>
13.2 Porcentaje de suspensión de intervenciones quirúrgicas en pacientes de tabla quirúrgica programada.	<b>1,2%</b>
13.3 Porcentaje de ocupación de quirófanos de cirugía electiva.	<b>1,2%</b>

## Ficha General Indicador

Nombre del Indicador	<b>13.1 Porcentaje de ambulatorización de cirugías mayores.</b>
Fórmula de Cálculo	$[(N^{\circ} \text{ de intervenciones quirúrgicas mayores ambulatorias realizadas en el periodo } t) / (N^{\circ} \text{ de intervenciones quirúrgicas mayores ambulatorias realizadas en el periodo } + N^{\circ} \text{ de intervenciones quirúrgicas mayores realizadas en pacientes hospitalizados, categorizados por GRD})] \times 100.$
Fuente de Datos	GRD.

## Metas y Ponderaciones por Corte

I Corte		25% de la evaluación anual
Número Acción	<b>1</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Alcanzar un <b>55,0%</b> de ambulatorización de intervenciones quirúrgicas mayores.	
Medios de Verificación	i. Extracción centralizada de base de datos GRD, correspondiente al periodo.	
Fórmula de Cálculo:	$[(N^{\circ} \text{ de intervenciones quirúrgicas mayores ambulatorias realizadas en el periodo } t) / (N^{\circ} \text{ de intervenciones quirúrgicas mayores ambulatorias realizadas en el periodo } + N^{\circ} \text{ de intervenciones quirúrgicas mayores realizadas en pacientes hospitalizados, categorizados por GRD})] \times 100.$	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	$X \geq 55,0\%$	<b>100,0%</b>
	$45,0\% \leq X < 55,0\%$	<b>75,0%</b>
	$35,0\% \leq X < 45,0\%$	<b>50,0%</b>
	$25,0\% \leq X < 35,0\%$	<b>25,0%</b>
	$X < 25,0\%$	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

II Corte		25% de la evaluación anual
Número Acción	<b>2</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Alcanzar un <b>60,0%</b> de ambulatorización de intervenciones quirúrgicas mayores.	
Medios de Verificación	i. Extracción centralizada de base de datos GRD, correspondiente al periodo.	
Fórmula de Cálculo:	$[(N^{\circ} \text{ de intervenciones quirúrgicas mayores ambulatorias realizadas en el periodo } t) / (N^{\circ} \text{ de intervenciones quirúrgicas mayores ambulatorias realizadas en el periodo } + N^{\circ} \text{ de intervenciones quirúrgicas mayores realizadas en pacientes hospitalizados, categorizados por GRD})] \times 100.$	



Cálculo del Cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	$X \geq 60,0\%$	100,0%
	$50,0\% \leq X < 60,0\%$	75,0%
	$40,0\% \leq X < 50,0\%$	50,0%
	$30,0\% \leq X < 40,0\%$	25,0%
	$X < 30,0\%$	0,0%
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

III Corte		25% de la evaluación anual
Número Acción	3	
Acciones y/o Metas Específicas	Alcanzar un <b>65,0%</b> de ambulatorización de intervenciones quirúrgicas mayores.	
Medios de Verificación	i. Extracción centralizada de base de datos GRD, correspondiente al periodo.	
Fórmula de Cálculo:	$\left[ \frac{(\text{N}^\circ \text{ de intervenciones quirúrgicas mayores ambulatorias realizadas en el periodo } t)}{(\text{N}^\circ \text{ de intervenciones quirúrgicas mayores ambulatorias realizadas en el periodo } + \text{N}^\circ \text{ de intervenciones quirúrgicas mayores realizadas en pacientes hospitalizados, categorizados por GRD})} \right] \times 100.$	
Cálculo del Cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	$X \geq 65,0\%$	100,0%
	$55,0\% \leq X < 65,0\%$	75,0%
	$45,0\% \leq X < 55,0\%$	50,0%
	$35,0\% \leq X < 45,0\%$	25,0%
	$X < 35,0\%$	0,0%
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

IV Corte		25% de la evaluación anual
Número Acción	4	
Acciones y/o Metas Específicas	Alcanzar un <b>70,0%</b> de ambulatorización de intervenciones quirúrgicas mayores.	
Medios de Verificación	i. Extracción centralizada de base de datos GRD, correspondiente al periodo.	
Fórmula de Cálculo:	$\left[ \frac{(\text{N}^\circ \text{ de intervenciones quirúrgicas mayores ambulatorias realizadas en el periodo } t)}{(\text{N}^\circ \text{ de intervenciones quirúrgicas mayores ambulatorias realizadas en el periodo } + \text{N}^\circ \text{ de intervenciones quirúrgicas mayores realizadas en pacientes hospitalizados, categorizados por GRD})} \right] \times 100.$	
Cálculo del Cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	$X \geq 70,0\%$	100,0%
	$60,0\% \leq X < 70,0\%$	75,0%
	$50,0\% \leq X < 60,0\%$	50,0%
	$40,0\% \leq X < 50,0\%$	25,0%
	$X < 40,0\%$	0,0%
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

### Ficha General Indicador

Nombre del Indicador	<b>13.2 Porcentaje de suspensión de intervenciones quirúrgicas en pacientes de tabla quirúrgica programada.</b>
Fórmula de Cálculo	$\left( \frac{\text{N}^\circ \text{ de intervenciones quirúrgicas suspendidas de tabla quirúrgica programada en el periodo}}{\text{N}^\circ \text{ de intervenciones quirúrgicas programadas en el periodo}} \right) \times 100$
Fuente de Datos	REM.

### Metas y Ponderaciones por Corte



<b>I Corte</b>		<b>25% de la evaluación anual</b>
Número Acción	1	
Acciones y/o Metas Específicas	Alcanzar un porcentaje de suspensión de intervenciones quirúrgicas en pacientes de tabla quirúrgica programada menor o igual a un <b>7,0%</b> .	
Medios de Verificación	i. Extracción centralizada de base de datos REM, correspondiente al periodo.	
Fórmula de Cálculo:	$(N^{\circ} \text{ de intervenciones quirúrgicas suspendidas de tabla quirúrgica programada en el periodo} / N^{\circ} \text{ de intervenciones quirúrgicas programadas en el periodo}) \times 100$	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	$X \leq 7,0\%$	<b>100,0%</b>
	$8,0\% \geq X > 7,0\%$	<b>75,0%</b>
	$9,0\% \geq X > 8,0\%$	<b>50,0%</b>
	$10,0\% \geq X > 9,0\%$	<b>25,0%</b>
	$X > 10,0\%$	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

<b>II Corte</b>		<b>25% de la evaluación anual</b>
Número Acción	2	
Acciones y/o Metas Específicas	Alcanzar un porcentaje de suspensión de intervenciones quirúrgicas en pacientes de tabla quirúrgica programada menor o igual a un <b>7,0%</b> .	
Medios de Verificación	i. Extracción centralizada de base de datos REM, correspondiente al periodo.	
Fórmula de Cálculo:	$(N^{\circ} \text{ de intervenciones quirúrgicas suspendidas de tabla quirúrgica programada en el periodo} / N^{\circ} \text{ de intervenciones quirúrgicas programadas en el periodo}) \times 100$	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	$X \leq 7,0\%$	<b>100,0%</b>
	$8,0\% \geq X > 7,0\%$	<b>75,0%</b>
	$9,0\% \geq X > 8,0\%$	<b>50,0%</b>
	$10,0\% \geq X > 9,0\%$	<b>25,0%</b>
	$X > 10,0\%$	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

<b>III Corte</b>		<b>25% de la evaluación anual</b>
Número Acción	3	
Acciones y/o Metas Específicas	Alcanzar un porcentaje de suspensión de intervenciones quirúrgicas en pacientes de tabla quirúrgica programada menor o igual a un <b>7,0%</b> .	
Medios de Verificación	i. Extracción centralizada de base de datos REM, correspondiente al periodo.	
Fórmula de Cálculo:	$(N^{\circ} \text{ de intervenciones quirúrgicas suspendidas de tabla quirúrgica programada en el periodo} / N^{\circ} \text{ de intervenciones quirúrgicas programadas en el periodo}) \times 100$	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	$X \leq 7,0\%$	<b>100,0%</b>
	$8,0\% \geq X > 7,0\%$	<b>75,0%</b>
	$9,0\% \geq X > 8,0\%$	<b>50,0%</b>
	$10,0\% \geq X > 9,0\%$	<b>25,0%</b>
	$X > 10,0\%$	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

<b>IV Corte</b>		<b>25% de la evaluación anual</b>
Número Acción	4	



Acciones y/o Metas Específicas	Alcanzar un porcentaje de suspensión de intervenciones quirúrgicas en pacientes de tabla quirúrgica programada menor o igual a un <b>7,0%</b> .	
Medios de Verificación	i. Extracción centralizada de base de datos REM, correspondiente al periodo.	
Fórmula de Cálculo:	$(N^{\circ} \text{ de intervenciones quirúrgicas suspendidas de tabla quirúrgica programada en el periodo} / N^{\circ} \text{ de intervenciones quirúrgicas programadas en el periodo}) \times 100$	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	$X \leq 7,0\%$	<b>100,0%</b>
	$8,0\% \geq X > 7,0\%$	<b>75,0%</b>
	$9,0\% \geq X > 8,0\%$	<b>50,0%</b>
	$10,0\% \geq X > 9,0\%$	<b>25,0%</b>
	$X > 10,0\%$	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

### Ficha General Indicador

Nombre del Indicador	<b>13.3 Porcentaje de ocupación de quirófanos de cirugía electiva.</b>	
Fórmula de Cálculo	$\text{Porcentaje de ocupación} = \sum_{i=1}^n \frac{N^{\circ} \text{ de horas de cirugías ocupadas en } Qx \text{ trabajo}}{N^{\circ} \text{ Horas totales disponibles } Qx \text{ habilitados}}$ <p><i>i: N° de quirófanos disponibles</i>  <i>(* Considera solo Horario Hábil)</i></p>	
Fuente de Datos	REM	

### Metas y Ponderaciones por Corte

<b>I Corte</b>		<b>25% de la evaluación anual</b>
Número Acción	<b>1</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Alcanzar un porcentaje mayor o igual a <b>70,0%</b> de ocupación de los quirófanos electivos al corte.	
Medios de Verificación	i. Extracción centralizada de base de datos REM, correspondiente al periodo.	
Fórmula de Cálculo:	$\text{Porcentaje de ocupación} = \sum_{i=1}^n \frac{N^{\circ} \text{ de horas de cirugías ocupadas en } Qx \text{ trabajo}}{N^{\circ} \text{ Horas totales disponibles } Qx \text{ habilitados}}$	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	$X \geq 70,0\%$	<b>100,0%</b>
	$65,0\% \leq X < 70,0\%$	<b>75,0%</b>
	$60,0\% \leq X < 65,0\%$	<b>50,0%</b>
	$55,0\% \leq X < 60,0\%$	<b>25,0%</b>
	$X < 55,0\%$	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

<b>II Corte</b>		<b>25% de la evaluación anual</b>
Número Acción	<b>2</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Alcanzar un porcentaje mayor o igual a <b>70,0%</b> de ocupación de los quirófanos electivos al corte.	
Medios de Verificación	i. Extracción centralizada de base de datos REM, correspondiente al periodo.	
Fórmula de Cálculo:	$\text{Porcentaje de ocupación} = \sum_{i=1}^n \frac{N^{\circ} \text{ de horas de cirugías ocupadas en } Qx \text{ trabajo}}{N^{\circ} \text{ Horas totales disponibles } Qx \text{ habilitados}}$	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	$X \geq 70,0\%$	<b>100,0%</b>
	$65,0\% \leq X < 70,0\%$	<b>75,0%</b>
	$60,0\% \leq X < 65,0\%$	<b>50,0%</b>



	<b>55,0% ≤ X &lt; 60,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 55,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

	<b>III Corte</b>	<b>25% de la evaluación anual</b>
Número Acción	3	
Acciones y/o Metas Específicas	Alcanzar un porcentaje mayor o igual a <b>70,0%</b> de ocupación de los quirófanos electivos al corte.	
Medios de Verificación	i. Extracción centralizada de base de datos REM, correspondiente al periodo.	
Fórmula de Cálculo:	$\text{Porcentaje de ocupación} = \frac{\sum_{i=1}^n \text{N}^\circ \text{ de horas de cirugías ocupadas en Qx trabajo}}{\text{N}^\circ \text{ Horas totales disponibles Qx habilitados}}$	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 70,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>65,0% ≤ X &lt; 70,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>60,0% ≤ X &lt; 65,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>55,0% ≤ X &lt; 60,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 55,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

	<b>IV Corte</b>	<b>25% de la evaluación anual</b>
Número Acción	4	
Acciones y/o Metas Específicas	Alcanzar un porcentaje mayor o igual a <b>70,0%</b> de ocupación de los quirófanos electivos al corte.	
Medios de Verificación	i. Extracción centralizada de base de datos REM, correspondiente al periodo.	
Fórmula de Cálculo:	$\text{Porcentaje de ocupación} = \frac{\sum_{i=1}^n \text{N}^\circ \text{ de horas de cirugías ocupadas en Qx trabajo}}{\text{N}^\circ \text{ Horas totales disponibles Qx habilitados}}$	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 70,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>65,0% ≤ X &lt; 70,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>60,0% ≤ X &lt; 65,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>55,0% ≤ X &lt; 60,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 55,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	





COMPROMISO DE GESTIÓN N°14

**AUMENTO DE DONANTES EFECTIVOS  
PARA TRASPLANTES**



<b>Ámbito RISS:</b>	Modelo Asistencial.
<b>Atributo:</b>	Una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, gestión de enfermedades, y cuidados paliativos, y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud personales y los servicios de salud pública.

## Objetivo General

Lograr una tasa de 11 donantes pmp del país. Para aquellos Servicios de Salud que cuenten con un establecimiento categorizado como Centro A, en la Red de Centros de Neurocirugía año 2020, será exigible una tasa de 12 donantes pmp.

## Objetivos Específicos

- Monitorear continuamente la generación de donantes efectivos por cada Servicio de Salud (SS).
- Levantar nodos críticos, por cada Servicio de Salud, para la generación donantes efectivos.
- Elaborar estrategias de mejora, por Servicio de Salud, para optimizar el proceso de generación de donantes efectivos en los establecimientos hospitalarios de la red.
- Promover, en aquellos SS cuyas tasas de donación fueron mayores a 11 donantes pmp durante el año 2020, mantener o aumentar la tasa en el año 2021.

## Marco Referencial y Consideraciones Técnicas

### **Recomendaciones para el funcionamiento de los programas de procuramiento de órganos intrahospitalarios y/o de la red.**

Todos los establecimientos de salud deben notificar ante la presencia de posibles donantes a la Coordinación Local de Procuramiento (CLP) de su red. Esta unidad tendrá funcionamiento dentro del hospital base en el que está constituida, no obstante, en el caso de pertenecer a un Servicio de Salud que tenga otros establecimientos con capacidad generadora de donantes, también será función de estas CLP llevar a cabo los procesos intrahospitalarios asociados a la actividad de donación de órganos y tejidos.

En aquellas situaciones en que la Coordinación Local de Procuramiento no asiente en la propia institución, deben designar un responsable o coordinador hospitalario clínico que supervise el cumplimiento de la notificación de posibles donantes hacia la CLP de su red.

Todos los establecimientos de salud con Coordinación Local de Procuramiento deben disponer, **24 horas/7 días de la semana**, de:

- Unidad de Emergencia y/ o Unidad de Pacientes Críticos (Unidad de Cuidados Intensivos y/o Intermedios), con disponibilidad de ventilación mecánica invasiva y soporte hemodinámico.
- Pabellón Quirúrgico.
- Laboratorio Clínico.



- Disponibilidad de:
  - o Tomografía Axial Computarizada o alternativamente Resonancia Nuclear Magnética.
  - o Evaluación neurológica o neuroquirúrgica, para certificación de muerte encefálica.
  - o Exámenes complementarios para la certificación de muerte encefálica o muerte por criterio neurológico para aquellos casos en que se encuentre indicado.

Los establecimientos de salud que disponen de Coordinación Local de Procuramiento, deben velar por que los cargos de profesionales entregados para realizar esta labor, se encuentren capacitados, realicen sus funciones con dedicación exclusiva, en forma permanente y continua para dar cobertura 24/7 y, de esta forma, dar cumplimiento a las funciones en las diferentes etapas del proceso de donación y procuramiento de órganos y tejidos.

Es responsabilidad de la Dirección de cada centro asistencial, proveer los recursos e instalar los procesos necesarios para que se realicen las actividades asociadas al proceso de donación y procuramiento. A saber:

- Telefonía celular institucional con acceso a internet y uso de datos.
- Disponibilidad de sala de atención de familiares para la realización de la comunicación de muerte y/o comunicación de donación.
- Disponibilidad de pabellones quirúrgicos para la realización de la extracción de órganos y tejidos.

Supervisar e implementar el cumplimiento de:

- La obligatoriedad de la notificación / pesquisa de posibles / potenciales donantes.
- Acceso oportuno a Unidad de Emergencia y/o UPC o a una unidad con capacidad de mantención del posible / potencial donante.
- Capacitaciones continuas y periódicas a todo el equipo de salud en todos los hospitales de la red, con énfasis en unidades generadoras de donantes sobre:
  - o Donación y procuramiento de órganos y tejidos.
  - o Abordaje familiar en comunicación de muerte y comunicación de donación.

Los Servicios de Salud deben nombrar un referente que realice el monitoreo y evalúe los avances de las estrategias definidas para fortalecer la donación y el procuramiento en los establecimientos de salud de la red, con el fin de lograr avanzar en la consecución de los objetivos propuestos y fidelizar la red a la Coordinación Local de Procuramiento correspondiente.

Número de donantes efectivos en muerte encefálica por Servicio de Salud según Tasa de 11 donantes efectivos pmp por Servicio de Salud al 31 de diciembre 2021.

Servicio de Salud	Población INE proyectada 2021	Número mínimo donantes efectivos en muerte encefálica Año 2021
Arica	255380	3
Iquique	391165	4
Antofagasta	703746	8
Atacama	316737	3
Coquimbo	848079	9
Viña del Mar - Quillota	1153358	13



Aconcagua	286194	3
Metropolitano Norte	1195918	13
Metropolitano Occidente	1362958	15
Metropolitano Central	1404502	15
Maule	1143012	13
Ñuble	514508	6
Talcahuano	364731	4
Biobío (Incluye Angol)	538383	6
Araucanía Sur (Incluye Victoria)	906427	10
Valdivia	407818	4
Osorno	248663	3
Chiloé	182119	2
Aysén	107737	1
Magallanes	179949	2

Número de donantes efectivos en muerte encefálica por Servicio de Salud según Tasa de 12 donantes efectivos pmp por Servicio de Salud al 31 de diciembre 2021.

Servicio de Salud	Población INE proyectada 2021	Número mínimo donantes efectivos en muerte encefálica Año 2021
Valparaíso - San Antonio	531376	6
Metropolitano Oriente	1490151	18
Metropolitano Sur	1319293	16
Metropolitano Sur Oriente	1477261	18
Del Libertador B. O'Higgins	1000959	12
Concepción (Incluye Curanilahue)	880597	11
Del Reloncaví	466521	6

Para el cumplimiento del indicador, el Servicio de Salud en conjunto con la Coordinación Local de Procuramiento de la red, deberá remitir, trimestralmente:

- Tasa de donantes efectivos en muerte encefálica pmp generados en el Servicio de Salud.
- Nodos Críticos nuevos detectados del año 2021, o no resueltos desde el año 2020, para la generación de donantes efectivos en muerte encefálica pmp, de acuerdo a las etapas del proceso.
- Informe de estrategias diseñadas para corregir todos los nodos críticos detectados o no resueltos.
- Cumplimiento o implementación de las estrategias diseñadas para corregir nodos críticos detectados o no resueltos según porcentaje de cumplimiento por trimestre.

La meta anual de tasa de donantes efectivos en muerte encefálica pmp se calculará, para cada Servicio de Salud, en base a la información existente en Sistema Integrado de Donación y Trasplantes - MINSAL (SIDOT) considerando los siguientes aspectos:

- Número de donantes efectivos en muerte encefálica por millón de población según Población INE proyectada por Servicio de Salud.

Red Nacional de Procuramiento de Órganos y Tejidos, Chile 2021.

Servicio De Salud	Coordinaciones Locales De Procuramiento	Hospitales de la Red
Servicio De Salud Arica	Hospital Juan Noé Crevani, Arica.	Hospital Juan Noé Crevani, Arica.



Servicio De Salud Iquique	Hospital Ernesto Torres Galdames, Iquique.	Hospital Ernesto Torres Galdames, Iquique.
Servicio De Salud Antofagasta	Hospital Regional Dr. Leonardo Guzmán, Antofagasta.	Hospital Regional Dr. Leonardo Guzmán, Antofagasta. Hospital de Calama
Servicio De Salud Atacama	Hospital Regional de Copiapó, San José del Carmen.	Hospital Regional de Copiapó, San José del Carmen.
Servicio De Salud Coquimbo	Hospital San Pablo De Coquimbo.	Hospital San Pablo, Coquimbo. Hospital San Juan de Dios, La Serena. Hospital Dr. Antonio Tirado Lanús (Ovalle).
Servicio De Salud Valparaíso San Antonio	Hospital Carlos Van Burén, Valparaíso.	Hospital Carlos Van Burén, Valparaíso. Hospital Claudio Vicuña (San Antonio).
Servicio De Salud Viña Del Mar - Quillota	Hospital Gustavo Fricke, Viña del Mar.	Hospital Dr. Gustavo Fricke, Viña del Mar. Hospital San Martín, Quillota. Hospital Quilpué.
Servicio De Salud Aconcagua	Hospital San Camilo, San Felipe.	Hospital San Camilo, San Felipe. Hospital San Juan de Dios, Los Andes.
Servicio De Salud Metropolitano Norte	Complejo Hospitalario San José, M. Norte.	Hospital de Niños Roberto del Río. Complejo Hospitalario San José, M. Norte.
Servicio De Salud Metropolitano Occidente	Hospital San Juan de Dios, M. Occidente.	Hospital San Juan de Dios, M. Occidente. Hospital Clínico Dr. Félix Bulnes Cerda. Hospital Adalberto Steeger, Talagante.
Servicio De Salud Metropolitano Central	Hospital de Urgencia Asistencia Pública, M. Central.	Hospital Clínico San Borja Arriarán. Hospital Clínico Metropolitano El Carmen Dr. Luis Valentín Ferrada Maipú. Hospital de Urgencia Asistencia Pública.
Servicio De Salud Metropolitano Oriente	Hospital Del Salvador, M. Oriente.	Hospital Del Salvador. Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna. Instituto de Neurocirugía Dr. Alfonso Asenjo. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y Cirugía Torácica. Hospital Dr. Luis Tisné Brosse.
Servicio De Salud Metropolitano Sur	Hospital Barros Luco Trudeau, M. Sur.	Hospital Barros Luco Trudeau. Hospital El Pino. Hospital Dr. Exequiel González Cortés.
Servicio De Salud Metropolitano Sur Oriente	Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río, M. Sur Oriente.	Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río. Hospital Padre Alberto Hurtado (San Ramón). Hospital Clínico Metropolitano La Florida Dra. Eloísa Díaz Inzunza.
Servicio De Salud O'Higgins	Hospital Regional Libertador Bernardo O'Higgins, Rancagua.	Hospital Regional Libertador Bernardo O'Higgins Rancagua. Hospital San Juan de Dios (San Fernando).
Servicio De Salud Maule	Hospital Dr. Cesar Garavagno, Talca.	Hospital Dr. César Garavagno, Talca Hospital San Juan de Dios (Curicó) Hospital General Carlos Ibáñez del Campo (Linares).
Servicio De Salud Ñuble	Hospital Clínico Herminda Martín, Chillán.	Hospital Clínico Herminda Martín, Chillán.
Servicio De Salud Concepción	Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente, Concepción.	Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente, Concepción.



Servicio De Salud Arauco	Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente, Concepción.	Hospital Provincial Dr. Rafael Avaria (Curanilahue).
Servicio De Salud Talcahuano	Hospital Las Higueras, Talcahuano.	H. Las Higueras, Talcahuano.
Servicio De Salud Biobío	Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz, Los Ángeles.	H. Víctor Ríos, Los Ángeles.
Servicio De Salud Araucanía Norte	Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz, Los Ángeles.	Hospital Dr. Mauricio Heyermann. Angol
	Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, Temuco.	Hospital de Victoria.
Servicio De Salud Araucanía Sur	Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, Temuco.	Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, Temuco. Hospital Intercultural de Nueva Imperial. Hospital de Pitrufquén. Hospital Dr. Abraham Godoy (Lautaro). Hospital Victoria, SS Araucanía Norte.
Servicio De Salud Valdivia	Hospital Base de Valdivia.	Hospital Base de Valdivia
Servicio De Salud Osorno	Hospital Base San José de Osorno.	Hospital Base San José de Osorno
Servicio De Salud Reloncaví	Hospital Puerto Montt.	Hospital Puerto Montt
Servicio De Salud Chiloé	Hospital Dr. Augusto Riffart de Castro.	Hospital Dr. Augusto Riffart de Castro.
Servicio De Salud Aysén	Hospital Regional Coyhaique.	Hospital Regional Coyhaique.
Servicio De Salud Magallanes	Hospital Regional Dr. Lautaro Navarro Avaria de Punta Arenas.	Hospital Regional Dr. Lautaro Navarro Avaria de Punta Arenas.

## Definiciones y Terminología

- **Posible Donante:** Todo paciente que cumpla con las siguientes condiciones:
  - o Daño neurológico severo, habitualmente causado por un evento vascular cerebral, traumatismo encéfalo-craneano, procesos hipóxico-isquémicos, tumores primarios del sistema nervioso central sin metástasis y/o procesos infecciosos encefálicos debidamente controlados.
  - o Puntuación en Escala de Coma de Glasgow igual o menor a 7.
- **Potencial Donante:** Corresponde a todo posible donante que ha sido certificado en muerte encefálica/muerte por criterio neurológico.
- **Donante Efectivo (DE):** Es todo aquel potencial donante que hace ingreso a pabellón.

## Nombre del Indicador

- **14.1** Tasa de donantes efectivos en muerte encefálica pmp generados por Servicio de Salud por año.

## Meta Nacional Año 2021

- Alcanzar una tasa nacional de **11 donantes efectivos** en muerte encefálica pmp del país.
- Alcanzar una tasa de **12 donantes efectivos** en muerte encefálica pmp, para aquellos Servicios de Salud que cuenten con un establecimiento categorizado como Centro A, en la Red de Centros de Neurocirugía



año 2020.

## Metodología de Evaluación

### Ficha General Indicador

Nombre del Indicador	<b>14.1 Tasa de donantes efectivos en muerte encefálica pmp generados por Servicio de Salud por año.</b>
Fórmula de Cálculo	(Número total de donantes efectivos en muerte encefálica generados por cada Servicio de Salud entre el 01 de enero y el 31 de diciembre de 2021) / Población proyectada según INE por Servicio de Salud 2021) x 1.000.000
Fuente de Datos	SIDOT-INE

### Metas y Ponderaciones por Corte

	<b>I Corte</b>	<b>15% de la evaluación anual</b>
Número Acción	<b>1</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Envío de informe que contenga: <ol style="list-style-type: none"> <li>Tasa de donantes efectivos en muerte encefálica generados en el Servicio de Salud en 1º Trimestre de 2021.</li> <li>Nodos Críticos detectados nuevos del año 2021 o no resueltos desde el año 2020, hasta este corte, para la generación de donantes efectivos en muerte encefálica en los hospitales del SS.</li> <li>Informe de estrategias diseñadas para corregir nodos críticos detectados o no resueltos en lo que va del año.</li> <li>Demostrar el cumplimiento o implementación de las estrategias diseñadas para corregir nodos críticos detectados o no resueltos en un 25,0% para este corte, como Servicio de Salud.</li> </ol>	
Medios de Verificación	i. Envío de informe en formato MINSAL.	
Fórmula de Cálculo:	$\left( \frac{\text{Número de informes enviados con la totalidad de contenidos solicitados y avances realizados en el periodo t}}{\text{Número de informes comprometidos a enviar con la totalidad de contenidos en el periodo t}} \right) \times 100.$	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = Envía informe con los contenidos solicitados y 25,0% de estrategias cumplidas.</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X = Envía informe sin los contenidos solicitados o cumplimiento menor al 25,0% de estrategias o no envía informe</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

	<b>II Corte</b>	<b>15% de la evaluación anual</b>
Número Acción	<b>2</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Envío de informe que contenga: <ol style="list-style-type: none"> <li>Tasa de donantes efectivos en muerte encefálica generados en el Servicio de Salud en 2º Trimestre de 2021.</li> <li>Nodos Críticos detectados nuevos del año 2021 o no resueltos desde el año 2020, hasta este corte, para la generación de donantes efectivos en muerte encefálica en los hospitales del SS.</li> </ol>	



	<ol style="list-style-type: none"> <li>Informe de estrategias diseñadas para corregir nodos críticos detectados o no resueltos en lo que va del año.</li> <li>Mostrar el cumplimiento o implementación de las estrategias diseñadas para corregir nodos críticos detectados o no resueltos en un 50,0% para este corte, como Servicio de Salud.</li> </ol>						
Medios de Verificación	i. Envío de informe en formato MINSAL.						
Fórmula de Cálculo:	(Número de informes enviados con la totalidad de contenidos solicitados y avances realizados en el periodo t / Número de informes comprometidos a enviar con la totalidad de contenidos en el periodo t) x 100.						
Cálculo del Cumplimiento:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Resultado Obtenido</th> <th>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>X = Envía informe con los contenidos solicitados y 50,0% de estrategias cumplidas.</b></td> <td><b>100,0%</b></td> </tr> <tr> <td><b>X = Envía informe sin los contenidos solicitados o cumplimiento menor al 50,0% de estrategias o no envía informe</b></td> <td><b>0,0%</b></td> </tr> </tbody> </table>	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado	<b>X = Envía informe con los contenidos solicitados y 50,0% de estrategias cumplidas.</b>	<b>100,0%</b>	<b>X = Envía informe sin los contenidos solicitados o cumplimiento menor al 50,0% de estrategias o no envía informe</b>	<b>0,0%</b>
	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado					
<b>X = Envía informe con los contenidos solicitados y 50,0% de estrategias cumplidas.</b>	<b>100,0%</b>						
<b>X = Envía informe sin los contenidos solicitados o cumplimiento menor al 50,0% de estrategias o no envía informe</b>	<b>0,0%</b>						
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%						

III Corte		15% de la evaluación anual						
Número Acción	3							
Acciones y/o Metas Específicas	Envío de informe que contenga: <ol style="list-style-type: none"> <li>Tasa de donantes efectivos en muerte encefálica generados en el Servicio de Salud en 3º Trimestre de 2021.</li> <li>Nodos Críticos detectados nuevos del año 2021 o no resueltos desde el año 2020, hasta este corte, para la generación de donantes efectivos en muerte encefálica en los hospitales del SS.</li> <li>Informe de estrategias diseñadas para corregir nodos críticos detectados o no resueltos en lo que va del año.</li> <li>Mostrar el cumplimiento o implementación de las estrategias diseñadas para corregir nodos críticos detectados o no resueltos en un 75,0% para este corte, como Servicio de Salud.</li> </ol>							
Medios de Verificación	i. Envío de informe en formato MINSAL.							
Fórmula de Cálculo:	(Número de informes enviados con la totalidad de contenidos solicitados y avances realizados en el periodo t / Número de informes comprometidos a enviar con la totalidad de contenidos en el periodo t) x 100.							
Cálculo del Cumplimiento:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Resultado Obtenido</th> <th>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>X = Envía informe con los contenidos solicitados y 75,0% de estrategias cumplidas.</b></td> <td><b>100,0%</b></td> </tr> <tr> <td><b>X = Envía informe sin los contenidos solicitados o cumplimiento menor al 75,0% de estrategias o no envía informe</b></td> <td><b>0,0%</b></td> </tr> </tbody> </table>	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado	<b>X = Envía informe con los contenidos solicitados y 75,0% de estrategias cumplidas.</b>	<b>100,0%</b>	<b>X = Envía informe sin los contenidos solicitados o cumplimiento menor al 75,0% de estrategias o no envía informe</b>	<b>0,0%</b>	
	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado						
<b>X = Envía informe con los contenidos solicitados y 75,0% de estrategias cumplidas.</b>	<b>100,0%</b>							
<b>X = Envía informe sin los contenidos solicitados o cumplimiento menor al 75,0% de estrategias o no envía informe</b>	<b>0,0%</b>							
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%							

IV Corte		55% de la evaluación anual
Número Acción	4	
Acciones y/o Metas Específicas	Envío de informe que contenga: <ol style="list-style-type: none"> <li>Tasa de donantes efectivos en muerte encefálica generados en el Servicio de Salud en 4º Trimestre de 2021.</li> </ol>	





	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Nodos Críticos detectados nuevos del año 2021 o no resueltos desde el año 2020, hasta este corte, para la generación de donantes efectivos en muerte encefálica en los hospitales del SS.</li> <li>3. Informe de estrategias diseñadas para corregir nodos críticos detectados o no resueltos en lo que va del año.</li> <li>4. Demostrar el cumplimiento o implementación de las estrategias diseñadas para corregir nodos críticos detectados o no resueltos en un 100,0% para este corte, como Servicio de Salud.</li> </ol>												
Medios de Verificación	i. Envío de informe en formato MINSAL.												
Fórmula de Cálculo:	(Número de informes enviados con la totalidad de contenidos solicitados y avances realizados en el periodo t / Número de informes comprometidos a enviar con la totalidad de contenidos en el periodo t) x 100.												
Cálculo del Cumplimiento:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Resultado Obtenido</th> <th>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>X = Envía informe con los contenidos solicitados y 100,0% de estrategias cumplidas.</b></td> <td><b>100,0%</b></td> </tr> <tr> <td><b>X = Envía informe sin los contenidos solicitados o cumplimiento menor al 100,0% de estrategias o no envía informe</b></td> <td><b>0,0%</b></td> </tr> </tbody> </table>	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado	<b>X = Envía informe con los contenidos solicitados y 100,0% de estrategias cumplidas.</b>	<b>100,0%</b>	<b>X = Envía informe sin los contenidos solicitados o cumplimiento menor al 100,0% de estrategias o no envía informe</b>	<b>0,0%</b>						
	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado											
<b>X = Envía informe con los contenidos solicitados y 100,0% de estrategias cumplidas.</b>	<b>100,0%</b>												
<b>X = Envía informe sin los contenidos solicitados o cumplimiento menor al 100,0% de estrategias o no envía informe</b>	<b>0,0%</b>												
Ponderación al Corte de la Acción	10,0%												
Número Acción	5												
Acciones y/o Metas Específicas	<p>Cumplir meta de Tasa de 11 donantes efectivos en muerte encefálica pmp generados por el Servicio de Salud para el año 2021.</p> <p>o</p> <p>Cumplir meta de Tasa de 12 donantes efectivos en muerte encefálica pmp generados en aquellos Servicios de Salud que cuenten con un establecimiento categorizado como Centro A, en la Red de Centros de Neurocirugía año 2020.</p>												
Medios de Verificación	1. Envío de informe en formato MINSAL.												
Fórmula de Cálculo:	(Número total de donantes efectivos en muerte encefálica generados por cada Servicio de Salud entre el 01 de enero y el 31 de diciembre de 2021) / Población proyectada según INE por Servicio de Salud 2021) x 1.000.000												
Cálculo del Cumplimiento Tasa 11 donantes pmp:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Resultado Obtenido</th> <th>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>X ≥ 11 pmp</b></td> <td><b>100,%</b></td> </tr> <tr> <td><b>9,5 pmp ≤ X &lt; 11 pmp</b></td> <td><b>75,0%</b></td> </tr> <tr> <td><b>8 pmp ≤ X &lt; 9,5 pmp</b></td> <td><b>50,0%</b></td> </tr> <tr> <td><b>6,5 pmp ≤ X &lt; 8 pmp</b></td> <td><b>25,0%</b></td> </tr> <tr> <td><b>X &lt; 6,5 pmp</b></td> <td><b>0,0%</b></td> </tr> </tbody> </table>	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado	<b>X ≥ 11 pmp</b>	<b>100,%</b>	<b>9,5 pmp ≤ X &lt; 11 pmp</b>	<b>75,0%</b>	<b>8 pmp ≤ X &lt; 9,5 pmp</b>	<b>50,0%</b>	<b>6,5 pmp ≤ X &lt; 8 pmp</b>	<b>25,0%</b>	<b>X &lt; 6,5 pmp</b>	<b>0,0%</b>
	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado											
	<b>X ≥ 11 pmp</b>	<b>100,%</b>											
	<b>9,5 pmp ≤ X &lt; 11 pmp</b>	<b>75,0%</b>											
	<b>8 pmp ≤ X &lt; 9,5 pmp</b>	<b>50,0%</b>											
<b>6,5 pmp ≤ X &lt; 8 pmp</b>	<b>25,0%</b>												
<b>X &lt; 6,5 pmp</b>	<b>0,0%</b>												
Cálculo del Cumplimiento Tasa 12 donantes pmp:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Resultado Obtenido</th> <th>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>X ≥ 12 pmp</b></td> <td><b>100,%</b></td> </tr> <tr> <td><b>10,5 pmp ≤ X &lt; 12 pmp</b></td> <td><b>75,0%</b></td> </tr> <tr> <td><b>9 pmp ≤ X &lt; 10,5 pmp</b></td> <td><b>50,0%</b></td> </tr> <tr> <td><b>7,5 pmp ≤ X &lt; 9 pmp</b></td> <td><b>25,0%</b></td> </tr> <tr> <td><b>X &lt; 7,5 pmp</b></td> <td><b>0,0%</b></td> </tr> </tbody> </table>	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado	<b>X ≥ 12 pmp</b>	<b>100,%</b>	<b>10,5 pmp ≤ X &lt; 12 pmp</b>	<b>75,0%</b>	<b>9 pmp ≤ X &lt; 10,5 pmp</b>	<b>50,0%</b>	<b>7,5 pmp ≤ X &lt; 9 pmp</b>	<b>25,0%</b>	<b>X &lt; 7,5 pmp</b>	<b>0,0%</b>
	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado											
	<b>X ≥ 12 pmp</b>	<b>100,%</b>											
	<b>10,5 pmp ≤ X &lt; 12 pmp</b>	<b>75,0%</b>											
	<b>9 pmp ≤ X &lt; 10,5 pmp</b>	<b>50,0%</b>											
<b>7,5 pmp ≤ X &lt; 9 pmp</b>	<b>25,0%</b>												
<b>X &lt; 7,5 pmp</b>	<b>0,0%</b>												
Ponderación al Corte de la Acción	90,0%												

Notas del Indicador.

1. La meta anual de una tasa de 11 donantes efectivos en muerte encefálica pmp por cada Servicio de Salud podrá ser alcanzada en el periodo comprendido entre el 01.01.2021 y 31.12.2021.
2. La meta anual de una tasa de 12 donantes efectivos en muerte encefálica pmp para cada Servicio de Salud que cuente con un establecimiento categorizado como Centro A, en la Red de Centros de Neurocirugía año



2020, podrá ser alcanzada en el periodo comprendido entre el 01.01.2021 y 31.12.2021.

3. Independiente de lo anterior, se deberán emitir los informes trimestrales antes mencionados.
4. Este Compromiso de Gestión no aplica para los Servicios de Salud Arauco y Araucanía Norte; sin embargo, deben realizar la notificación de posibles / potenciales donantes hacia los hospitales de la red asignada.



Ministerio de  
Salud

Gobierno de Chile

**COMPROMISO DE GESTIÓN N°15  
PREVENCIÓN Y CONTROL DEL  
VIH - SIDA**



<b>Ámbito RISS:</b>	Modelo Asistencial.
<b>Atributo:</b>	Una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, gestión de enfermedades, y cuidados paliativos, y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud personales y los servicios de salud pública.

## Objetivo General

Disminuir la morbilidad y mortalidad por VIH/SIDA e ITS facilitando el acceso oportuno a diagnóstico, control y tratamiento.

## Objetivos Específicos

- Aumentar la cobertura de exámenes de pesquisa de VIH para la población, facilitando el acceso al diagnóstico oportuno.
- Contribuir al cumplimiento de las metas 90-90-90 a través de la monitorización de personas en TAR y la supresión virológica alcanzada.
- Revincular a los usuarios en abandono de tratamiento antirretroviral a los establecimientos con atención para personas viviendo con VIH.

## Marco Referencial y Consideraciones Técnicas

La Organización Mundial de la Salud, a través de ONUSIDA propuso como meta para el 2020 que del total de personas estimadas viviendo con VIH en el mundo, el 90% conozca su estado serológico, de éstos, el 90% reciba Tratamiento Antirretroviral y de éstos, el 90% logre la supresión viral. Según la evidencia científica actual, una persona viviendo con VIH en terapia antirretroviral efectiva alcanza niveles indetectables de carga viral, por lo cual, no transmite la infección. Chile se ha comprometido con estas metas internacionales.

De acuerdo a las estimaciones de ONUSIDA, a diciembre de 2019 en Chile vivirían 74.000 personas con VIH, de las cuales 67.200 conocen su diagnóstico y 50.300 reciben tratamiento antirretroviral (TAR). El 91,2% de las personas en TAR se encuentran con un control virológico adecuado, es decir, carga viral menor a 1000 copias.

El Ministerio de Salud, en el marco de ampliar el acceso al diagnóstico de la infección por VIH, el año 2018 implementa el test visual/rápido de VIH en establecimientos de Atención Primaria de Salud logrando una cobertura del 100 % de los dispositivos a nivel país. La disponibilidad de la prueba en diferentes establecimientos de atención ha aumentado de acuerdo a las características y requerimientos de cada Red Territorial Asistencial. Esta estrategia además de avanzar en cobertura, debe avanzar hacia el mejoramiento del acceso y certificación de la calidad de los procesos de atención.

Con el propósito de avanzar en la meta comprometida en la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020: “disminuir la mortalidad por SIDA”; conjuntamente con alcanzar los objetivos propuestos por ONUSIDA en la estrategia 90-90-90, Chile ha definido el inicio de tratamiento antirretroviral (TAR) independiente del compromiso inmunológico, virológico y clínico, con antirretrovirales con menos reacciones adversas, con mayor barrera



genética y con formulaciones en dosis únicas o duales, lo que favorece la adherencia a los tratamientos, mejora la calidad de vida y disminuye la resistencia a los antirretrovirales.

El diagnóstico oportuno, inicio temprano de tratamiento antirretroviral, la adherencia al tratamiento y estado de supresión virológica tienen un gran impacto en la salud pública puesto que permiten disminuir la progresión de la enfermedad, disminuir la transmisión sexual de la infección y disminuir la mortalidad por SIDA.

## Definiciones y Terminología

- **Población bajo control:** Considera a las personas con atención vigente a la fecha de reporte. Se entiende por atención vigente la atención realizada por el equipo profesional del establecimiento con prestaciones para personas viviendo con VIH (presencial o telemática) y/o retiro de TAR (cualquier modalidad).
- **Abandono de controles médicos:** Corresponde a aquellos usuarios/as que no se presentan a citación médica efectiva y permanecen inasistentes en los siguientes 6 meses consecutivos o más.
- **Abandono de tratamiento:** Corresponde a los usuarios/as que no han retirado tratamiento antirretroviral (TAR) (cualquier modalidad) en un periodo de 6 meses consecutivos o más.
- **Abandono de la atención:** Corresponde a los usuarios/as que están en abandono de controles y de tratamiento para el período definido. Deben cumplir ambas condiciones descritas anteriormente.
- **Terapia antirretroviral:** Fármacos indicados a las personas que viven con VIH con el objetivo de evitar la replicación viral y lograr la supresión virológica.
- **Carga viral indetectable:** Corresponde a personas que viven con VIH, que se encuentran en tratamiento antirretroviral y tienen una carga viral suprimida (< 1000 copias/ml).
- **Protocolo de rescate:** Documento con definiciones técnicas donde se establece los procedimientos para contactar y reincorporar a la atención a aquellos usuarios/as que por diversos motivos han abandonado controles, tratamiento o ambos.

## Nombre del Indicador

- **15.1** Porcentaje de establecimientos de atención primaria con test visual/rápido disponible a la población, que reportan el número de test visual/rápido de VIH realizados en el período.
- **15.2** Porcentaje de personas viviendo con VIH de la población bajo control que se encuentran en terapia antirretroviral y con carga viral indetectable en el periodo.
- **15.3** Porcentaje de usuarios en abandono que retoman controles y tratamiento antirretroviral luego de ejecutarse acciones de revinculación contenidas en el protocolo de rescate, en el periodo.

## Meta Nacional Año 2021

- **100,0%** de los establecimientos de atención primaria con test visual/rápido disponible a la población, reportan el número de test visual/rápido de VIH realizados en el periodo.
- Al menos un **90,0%** de las personas viviendo con VIH, de la población bajo control, se encuentran en tratamiento con terapia antirretroviral en el período.
- Al menos un **90,0%** de las personas viviendo con VIH, que se encuentran en terapia antirretroviral, se



- encuentran con carga viral indetectable en el período.
- Al menos un **30,0%** de los usuarios que se encontraban en abandono de atención, retoman controles y tratamiento antirretroviral en establecimientos de salud con prestaciones para personas viviendo con VIH, en el período.

## Metodología de Evaluación

Indicador	Ponderación por Corte
15.1 Porcentaje de establecimientos de atención primaria con test visual/rápido disponible a la población, que reportan el número de test visual/rápido de VIH realizados en el período.	<b>1,0%</b>
15.2 Porcentaje de personas viviendo con VIH de la población bajo control que se encuentran en terapia antirretroviral y con carga viral indetectable en el periodo.	<b>2,0%</b>
15.3 Porcentaje de usuarios en abandono que retoman controles y tratamiento antirretroviral luego de ejecutarse acciones de revinculación contenidas en el protocolo de rescate, en el periodo.	<b>1,0%</b>

## Ficha General Indicador

Nombre del Indicador	<b>15.1 Porcentaje de establecimientos de atención primaria con test visual/rápido disponible a la población, que reportan el número de test visual/rápido de VIH realizados en el período.</b>
Fórmula de Cálculo	$(\text{Número total de establecimientos de Atención Primaria del Servicio de Salud con test visual/rápido de VIH disponible a la población, que reportan el número de test realizados en el periodo} / \text{Número Total de establecimientos de atención primaria del Servicio de Salud con test visual/rápido de VIH disponible a la población}) \times 100.$
Fuente de Datos	Reporte en formato MINSAL ,en base a información disponible en SURVIH.

## Metas y Ponderaciones por Corte

	I Corte	25% de la evaluación anual
Número Acción	<b>1</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Elaborar una nómina de establecimientos de atención primaria con test visual/rápido de VIH disponible a la población y establecer una línea base de número de test visual a realizar al mes de diciembre del año 2021.	
Medios de Verificación	i. Informe en formato MINSAL con nómina de establecimientos de atención primaria con test visual/rápido de VIH disponible a la población y línea base del número de test visual a realizar al mes de diciembre del año 2021.	
Fórmula de Cálculo:	$(\text{N}^\circ \text{ de acciones cumplidas en el periodo} / \text{N}^\circ \text{ de acciones solicitadas en el periodo}) \times 100.$	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

	II Corte	25% de la evaluación anual
Número Acción	<b>2</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Alcanzar un <b>50,0%</b> de establecimientos de atención primaria con test visual/rápido disponible a la población, reporta número realizados al 30 de junio del año 2021.	
Medios de Verificación	i. Informe en formato MINSAL con los establecimientos de atención primaria que	



	reportaron número de test visual/rápido de VIH realizados al 30 de junio del año 2021.	
Fórmula de Cálculo:	(Número total de establecimientos de Atención Primaria del Servicio de Salud con test visual/rápido de VIH disponible a la población, que reportan el número de test realizados en el periodo / Número Total de establecimientos de atención primaria del Servicio de Salud con test visual/rápido de VIH disponible a la población) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	$X \geq 50,0\%$	<b>100,0%</b>
	$40,0\% \leq X < 50,0\%$	<b>75,0%</b>
	$30,0\% \leq X < 40,0\%$	<b>50,0%</b>
	$20,0\% \leq X < 30,0\%$	<b>25,0%</b>
	$X < 20,0\%$	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

	<b>III Corte</b>	<b>25% de la evaluación anual</b>
Número Acción	<b>3</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Alcanzar un <b>75,0%</b> establecimientos de atención primaria con test visual/rápido disponible a la población, reporta número de test realizados al 30 de septiembre del año 2021.	
Medios de Verificación	i. Informe en formato MINSAL con los establecimientos de atención primaria que reportaron número de test visual/rápido de VIH realizados al 30 de septiembre del año 2021.	
Fórmula de Cálculo:	(Número total de establecimientos de Atención Primaria del Servicio de Salud con test visual/rápido de VIH disponible a la población, que reportan el número de test realizados en el periodo / Número Total de establecimientos de atención primaria del Servicio de Salud con test visual/rápido de VIH disponible a la población) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	$X \geq 75,0\%$	<b>100,0%</b>
	$65,0\% \leq X < 75,0\%$	<b>75,0%</b>
	$55,0\% \leq X < 65,0\%$	<b>50,0%</b>
	$45,0\% \leq X < 55,0\%$	<b>25,0%</b>
	$X < 45,0\%$	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

	<b>IV Corte</b>	<b>25% de la evaluación anual</b>
Número Acción	<b>4</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Alcanzar un <b>100,0%</b> establecimientos de atención primaria con test visual/rápido disponible a la población, reporta número de test realizados al 31 de diciembre del año 2021.	
Medios de Verificación	i. Informe en formato MINSAL con los establecimientos de atención primaria que reportaron número de test visual/rápido de VIH realizados al 31 de diciembre del año 2021.	
Fórmula de Cálculo:	(Número total de establecimientos de Atención Primaria del Servicio de Salud con test visual/rápido de VIH disponible a la población, que reportan el número de test realizados en el periodo / Número Total de establecimientos de atención primaria del Servicio de Salud con test visual/rápido de VIH disponible a la población) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	$X \geq 100,0\%$	<b>100,0%</b>
	$90,0\% \leq X < 100,0\%$	<b>75,0%</b>
	$80,0\% \leq X < 90,0\%$	<b>50,0%</b>
	$70,0\% \leq X < 80,0\%$	<b>25,0%</b>
	$X < 70,0\%$	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

Notas del Indicador.



1. Establecimientos de atención primaria: corresponden a CESFAM, CECOSF, Hospital Comunitario, Postas, SAR, SAPU, Espacio Amigable u otro dispositivo de atención con oferta de test visual/rápido de VIH informado por el S.S, independiente de la modalidad (demanda espontanea, en consulta, EMP, actividades extra muro, ronda de salud, etc.).
2. Para el corte II al IV el Servicio de Salud deberá informar en archivo (planilla Excell) en formato MINSAL, el Nº de número de test visual/rápido de VIH realizado al corte y por cada establecimientos de atención primaria informado en corte I. En los casos que el reporte de número de test sea "0", deberá informar el motivo (falta de dispositivo, sin demanda, sin agenda disponible).

### Ficha General Indicador

Nombre del Indicador	<b>15.2 Porcentaje de personas viviendo con VIH de la población bajo control que se encuentran en terapia antirretroviral y con carga viral indetectable en el periodo.</b>
Fórmula de Cálculo	<p><b>Segundo Pilar:</b> (Número de personas con VIH bajo control pertenecientes al Servicio de Salud que se encuentran en terapia antirretroviral en el periodo / Número total de personas con VIH bajo control pertenecientes al Servicio de Salud en el periodo) x 100.</p> <p><b>Tercer Pilar:</b> (Número de personas con VIH bajo control pertenecientes al Servicio de Salud que se encuentran en terapia antirretroviral con carga viral indetectable en el periodo / Número total de personas con VIH bajo control pertenecientes al Servicio de Salud que se encuentran en terapia antirretroviral en el periodo) x 100.</p>
Fuente de Datos	Registros clínicos locales de los establecimientos con prestaciones para personas que viven con VIH.

### Metas y Ponderaciones por Corte

	<b>I Corte</b>	<b>25% de la evaluación anual</b>
Número Acción	<b>1</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Alcanzar al menos un <b>90,0%</b> de personas con VIH bajo control pertenecientes al Servicio de Salud que se encuentren en terapia antirretroviral al 31 de marzo del año 2021.	
Medios de Verificación	i. Informe en formato MINSAL con el reporte del Servicio de Salud, que señale el número de personas en Terapia Antirretroviral al 31 de marzo del año 2021.	
Fórmula de Cálculo:	(Número de personas con VIH bajo control pertenecientes al Servicio de Salud que se encuentran en terapia antirretroviral en el periodo / Número total de personas con VIH bajo control pertenecientes al Servicio de Salud en el periodo) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 90,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>85,0% ≤ X &lt; 90,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>80,0% ≤ X &lt; 85,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>75,0% ≤ X &lt; 80,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 75,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	50,0%	
Número Acción	<b>2</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Alcanzar al menos un <b>90,0%</b> de personas con VIH bajo control pertenecientes al Servicio de Salud que se encuentran en terapia antirretroviral con carga viral indetectable al 31 de marzo del año 2021.	





Medios de Verificación	i. Informe en formato MINSAL con el reporte del Servicio de Salud, que señale el número de personas en Terapia Antirretroviral con carga viral indetectable, al 31 de marzo del año 2021.	
Fórmula de Cálculo:	(Número de personas con VIH bajo control pertenecientes al Servicio de Salud que se encuentran en terapia antirretroviral con carga viral indetectable en el periodo / Número total de personas con VIH bajo control pertenecientes al Servicio de Salud que se encuentran en terapia antirretroviral en el periodo) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	85,0% ≤ X ≤ 100,0%	100,0%
	80,0% ≤ X < 85,0%	75,0%
	75,0% ≤ X < 80,0%	50,0%
	70,0% ≤ X < 75,0%	25,0%
	X < 70,0%	0,0%
Ponderación al Corte de la Acción	50,0%	

<b>II Corte</b>		<b>25% de la evaluación anual</b>
Número Acción	3	
Acciones y/o Metas Específicas	Alcanzar al menos un <b>90,0%</b> de personas con VIH bajo control pertenecientes al Servicio de Salud que se encuentren en terapia antirretroviral al 30 de junio del año 2021.	
Medios de Verificación	i. Informe en formato MINSAL con el reporte del Servicio de Salud, que señale el número de personas en Terapia Antirretroviral al 30 de junio del año 2021.	
Fórmula de Cálculo:	(Número de personas con VIH bajo control pertenecientes al Servicio de Salud que se encuentran en terapia antirretroviral en el periodo / Número total de personas con VIH bajo control pertenecientes al Servicio de Salud en el periodo) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	X ≥ 90,0%	100,0%
	85,0% ≤ X < 90,0%	75,0%
	80,0% ≤ X < 85,0%	50,0%
	75,0% ≤ X < 80,0%	25,0%
	X < 75,0%	0,0%
Ponderación al Corte de la Acción	50,0%	
Número Acción	4	
Acciones y/o Metas Específicas	Alcanzar al menos un <b>90,0%</b> de personas con VIH bajo control pertenecientes al Servicio de Salud que se encuentran en terapia antirretroviral con carga viral indetectable al 30 de junio del año 2021.	
Medios de Verificación	i. Informe en formato MINSAL con el reporte del Servicio de Salud, que señale el número de personas en Terapia Antirretroviral con carga viral indetectable, al 30 de junio del año 2021.	
Fórmula de Cálculo:	(Número de personas con VIH bajo control pertenecientes al Servicio de Salud que se encuentran en terapia antirretroviral con carga viral indetectable en el periodo / Número total de personas con VIH bajo control pertenecientes al Servicio de Salud que se encuentran en terapia antirretroviral en el periodo) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	85,0% ≤ X ≤ 100,0%	100,0%
	80,0% ≤ X < 85,0%	75,0%
	75,0% ≤ X < 80,0%	50,0%
	70,0% ≤ X < 75,0%	25,0%
	X < 70,0%	0,0%
Ponderación al Corte de la Acción	50,0%	

<b>III Corte</b>	<b>25% de la evaluación anual</b>
------------------	-----------------------------------



Número Acción	<b>5</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Alcanzar al menos un <b>90,0%</b> de personas con VIH bajo control pertenecientes al Servicio de Salud que se encuentren en terapia antirretroviral al 30 de septiembre del año 2021.	
Medios de Verificación	i. Informe en formato MINSAL con el reporte del Servicio de Salud, que señale el número de personas en Terapia Antirretroviral al 30 de septiembre del año 2021.	
Fórmula de Cálculo:	(Número de personas con VIH bajo control pertenecientes al Servicio de Salud que se encuentran en terapia antirretroviral en el periodo / Número total de personas con VIH bajo control pertenecientes al Servicio de Salud en el periodo) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 90,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>85,0% ≤ X &lt; 90,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>80,0% ≤ X &lt; 85,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>75,0% ≤ X &lt; 80,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 75,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	50,0%	
Número Acción	<b>6</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Alcanzar al menos un <b>90,0%</b> de personas con VIH bajo control pertenecientes al Servicio de Salud que se encuentran en terapia antirretroviral con carga viral indetectable al 30 de septiembre del año 2021.	
Medios de Verificación	i. Informe en formato MINSAL con el reporte del Servicio de Salud, que señale el número de personas en Terapia Antirretroviral con carga viral indetectable, al 30 de septiembre del año 2021.	
Fórmula de Cálculo:	(Número de personas con VIH bajo control pertenecientes al Servicio de Salud que se encuentran en terapia antirretroviral con carga viral indetectable en el periodo / Número total de personas con VIH bajo control pertenecientes al Servicio de Salud que se encuentran en terapia antirretroviral en el periodo) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>85,0% ≤ X ≤ 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>80,0% ≤ X &lt; 85,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>75,0% ≤ X &lt; 80,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>70,0% ≤ X &lt; 75,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 70,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	50,0%	

<b>IV Corte</b>		<b>25% de la evaluación anual</b>
Número Acción	<b>7</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Alcanzar al menos un <b>90,0%</b> de personas con VIH bajo control pertenecientes al Servicio de Salud que se encuentren en terapia antirretroviral al 31 de diciembre del año 2021.	
Medios de Verificación	i. Informe en formato MINSAL con el reporte del Servicio de Salud, que señale el número de personas en Terapia Antirretroviral al 31 de diciembre del año 2021.	
Fórmula de Cálculo:	(Número de personas con VIH bajo control pertenecientes al Servicio de Salud que se encuentran en terapia antirretroviral en el periodo / Número total de personas con VIH bajo control pertenecientes al Servicio de Salud en el periodo) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 90,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>85,0% ≤ X &lt; 90,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>80,0% ≤ X &lt; 85,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>75,0% ≤ X &lt; 80,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 75,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	50,0%	
Número Acción	<b>8</b>	



Acciones y/o Metas Específicas	Alcanzar al menos un <b>90,0%</b> de personas con VIH bajo control pertenecientes al Servicio de Salud que se encuentran en terapia antirretroviral con carga viral indetectable al 31 de diciembre del año 2021.	
Medios de Verificación	i. Informe en formato MINSAL con el reporte del Servicio de Salud, que señale el número de personas en Terapia Antirretroviral con carga viral indetectable, al 31 de diciembre del año 2021.	
Fórmula de Cálculo:	(Número de personas con VIH bajo control pertenecientes al Servicio de Salud que se encuentran en terapia antirretroviral con carga viral indetectable en el periodo / Número total de personas con VIH bajo control pertenecientes al Servicio de Salud que se encuentran en terapia antirretroviral en el periodo) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>85,0% ≤ X ≤ 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>80,0% ≤ X &lt; 85,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>75,0% ≤ X &lt; 80,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>70,0% ≤ X &lt; 75,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 70,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	50,0%	

### Notas del Indicador.

1. Recordar que se considera carga viral (CV) indetectable aquellas con valores < a 1000 copias.
2. Si un usuario/a, se ha realizado el examen de carga viral más de 1 vez durante el periodo, se debe considerar el resultado del último para el cálculo del indicador.
3. La CV debe tener una antigüedad máxima de 12 meses al corte del período a evaluar.
4. Los informes deben contener la información desagregada por establecimiento, sexo y grupo de edad, de acuerdo a formato MINSAL. Incluir a población pediátrica VIH.

### Ficha General Indicador

Nombre del Indicador	<b>15.3 Porcentaje de usuarios en abandono que retoman controles y tratamiento antirretroviral luego de ejecutarse acciones de revinculación contenidas en el protocolo de rescate, en el periodo.</b>
Fórmula de Cálculo	(Número de personas viviendo con VIH del Servicio de Salud que se encuentran en abandono de controles médicos y/o tratamiento antirretroviral, que retoman el control y tratamiento en el periodo / Número de personas viviendo con VIH del Servicio de Salud que se encuentran en abandono de controles médicos y/o tratamiento antirretroviral en el periodo) x 100.
Fuente de Datos	Registros clínicos locales de los establecimientos con prestaciones para personas que viven con VIH.

### Metas y Ponderaciones por Corte

	<b>I Corte</b>	<b>25% de la evaluación anual</b>
Número Acción	<b>1</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Actualizar el protocolo de rescate del Servicio de Salud para personas viviendo con VIH/SIDA que abandonan controles médicos y/o tratamiento antirretroviral, según lineamientos MINSAL en el contexto de Alerta Sanitaria.</li> <li>2. Actualizar nómina de población bajo control.</li> </ol>	
Medios de Verificación	i. Copia del protocolo de rescate actualizado considerando condiciones de Alerta Sanitaria.	



	ii. Reporte de número de usuarios/as bajo control al mes de Marzo del año 2021.	
Fórmula de Cálculo:	$(N^{\circ} \text{ de acciones cumplidas en el periodo} / N^{\circ} \text{ de acciones solicitadas en el periodo}) \times 100.$	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

	<b>II Corte</b>	<b>25% de la evaluación anual</b>
Número Acción	2	
Acciones y/o Metas Específicas	Rescatar al menos el <b>10,0%</b> de las personas viviendo con VIH/SIDA que se encuentran en abandono a controles médicos y/o tratamiento antirretroviral en el periodo.	
Medios de Verificación	i. Informe en formato MINSAL con el reporte del Servicio de Salud, que señale el número de personas que retomaron sus controles de salud y/o tratamiento antirretroviral posterior a las acciones de rescate realizadas, al 30 de junio del 2021	
Fórmula de Cálculo:	$(\text{Número de personas viviendo con VIH del Servicio de Salud que se encuentran en abandono de controles médicos y/o tratamiento antirretroviral, que retoman el control y tratamiento en el periodo} / \text{Número de personas viviendo con VIH del Servicio de Salud que se encuentran en abandono de controles médicos y/o tratamiento antirretroviral en el periodo}) \times 100.$	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 10,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>9,0% ≤ X &lt; 10,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>8,0% ≤ X &lt; 9,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>7,0% ≤ X &lt; 8,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 7,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

	<b>III Corte</b>	<b>25% de la evaluación anual</b>
Número Acción	3	
Acciones y/o Metas Específicas	Rescatar al menos el <b>20,0%</b> de las personas viviendo con VIH/SIDA que se encuentran en abandono a controles médicos y/o tratamiento antirretroviral en el periodo.	
Medios de Verificación	i. Informe en formato MINSAL con el reporte del Servicio de Salud, que señale el número de personas que retomaron sus controles de salud y/o tratamiento antirretroviral posterior a las acciones de rescate realizadas, al 30 de septiembre del 2021	
Fórmula de Cálculo:	$(\text{Número de personas viviendo con VIH del Servicio de Salud que se encuentran en abandono de controles médicos y/o tratamiento antirretroviral, que retoman el control y tratamiento en el periodo} / \text{Número de personas viviendo con VIH del Servicio de Salud que se encuentran en abandono de controles médicos y/o tratamiento antirretroviral en el periodo}) \times 100.$	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 20,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>18,0% ≤ X &lt; 20,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>16,0% ≤ X &lt; 18,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>14,0% ≤ X &lt; 14,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 14,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

	<b>IV Corte</b>	<b>25% de la evaluación anual</b>
Número Acción	4	
Acciones y/o Metas Específicas	Rescatar al menos el <b>30,0%</b> de las personas viviendo con VIH/SIDA que se encuentran en abandono a controles médicos y/o tratamiento antirretroviral en el periodo.	
Medios de Verificación	i. Informe en formato MINSAL con el reporte del Servicio de Salud, que señale el número de	



	personas que retomaron sus controles de salud y/o tratamiento antirretroviral posterior a las acciones de rescate realizadas, al 31 de diciembre del 2021	
Fórmula de Cálculo:	(Número de personas viviendo con VIH del Servicio de Salud que se encuentran en abandono de controles médicos y/o tratamiento antirretroviral, que retoman el control y tratamiento en el periodo / Número de personas viviendo con VIH del Servicio de Salud que se encuentran en abandono de controles médicos y/o tratamiento antirretroviral en el periodo) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 30,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>27,0% ≤ X &lt; 30,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>24,0% ≤ X &lt; 27,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>21,0% ≤ X &lt; 24,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 21,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

### Notas del Indicador

- Se considera que un usuario/a retomó sus controles de salud y/o tratamiento antirretroviral, si asistió al menos 1 vez a control clínico con posterioridad a las acciones de rescate ejecutadas, en el periodo.
- Se considera rescate ejecutado, aquel en que se logra una cita efectiva (definida en el protocolo de rescate) de un usuario/a que se encuentra en abandono de controles y/o tratamiento.
- Lo esperado de este indicador es que cada establecimiento mida el resultado de la implementación del protocolo de rescate de usuarios en abandono, de acuerdo a su realidad local y territorial.



**COMPROMISO DE GESTIÓN N°16  
FORTALECIMIENTO DE LA  
SATISFACCIÓN USUARIA**



Ámbito RISS:	Gobernanza y Estrategia.
Atributo:	Participación amplia.

## Objetivo General

Mejorar la satisfacción usuaria en el marco de la gestión integrada de la Red Asistencial, en los ámbitos de Acogida, Trato e Información a las personas usuarias en la atención de Urgencia, Farmacia y Lista de Espera Quirúrgica y/o consulta de Especialidad, en los establecimientos hospitalarios y de la atención primaria de salud, considerando además, la situación de Pandemia en la que cada establecimiento adaptó sus acciones de acuerdo a la contingencia.

## Objetivos Específicos

- Elaborar un Diagnóstico participativo en Satisfacción usuaria en los ámbitos de Acogida, Trato, e Información, en Urgencia, Farmacia y lista de espera Quirúrgica y/o Consulta de Especialidad.
- Diseñar participativamente un Plan cuatrienal de Mejoramiento de la Satisfacción Usuaria, a partir del Diagnóstico realizado, con definición de acciones, análisis de resultados y evaluación del impacto.
- Implementar anualmente las acciones del Plan cuatrienal diseñado.
- Mejorar la experiencia de las personas usuarias que se encuentren a la espera de la atención de salud con resolución quirúrgica y/o consulta de especialidad, en el Trato e Información.
- Desarrollar la evaluación cuantitativa y cualitativa de las acciones del Plan implementado y realizar el cierre de brechas correspondiente.
- Implementar el 100% de las actividades comprometidas del plan cuatrienal ajustado de Satisfacción Usuaria para el período 2021.
- Diseñar un instrumento de evaluación de la satisfacción Usuaria para aplicar en los ámbitos de Urgencia, Farmacia y lista de espera, en relación a las actividades desarrolladas del plan cuatrienal ajustado.
- Aplicar el instrumento diseñado en los ámbitos de Urgencia, Farmacia y Lista de Espera.
- Evaluar los resultados y cierre de brechas para el plan de mejora año 2022.

## Marco Referencial y Consideraciones Técnicas

La Satisfacción usuaria como una dimensión de la Calidad, se constituye en una línea estratégica priorizada en la atención de salud de las personas. En este contexto, el mejoramiento de la satisfacción usuaria es un proceso permanente y continuo, en los establecimientos de salud del país, tanto hospitalarios como de la atención primaria.

Lo anterior, tiene además importancia debido a su directa relación con la ley N.º 20.584 de derechos y deberes de las personas en relación con las acciones vinculadas a su atención de salud, la cual establece una serie de normas relativas a la acogida, información, trato y relación con los usuarios, pacientes, familiares y acompañantes. Específicamente, esta ley, en su artículo 5º, determina normas relativas al Trato Digno y, desde los artículos 8º al 11º, a la Información a usuarios, en todas sus dimensiones.



Acorde a lo señalado, y teniendo presente el mejoramiento continuo de la satisfacción usuaria, en el periodo 2019 - 2022, este trabajo pondrá énfasis en tres instancias priorizadas de la atención de salud: Urgencia, Farmacia y Lista de Espera Quirúrgica y/o Consulta de especialidad.

Se espera que los planes implementados a partir del año 2019 en la totalidad de los establecimientos hospitalarios y en los Centros de Salud Familiar (CESFAM) comprometidos de cada Servicio de Salud, logren impactar en la Satisfacción de las personas en su atención de salud. Lo anterior, considerando además, que se ha experimentado a partir del año 2020 el inicio de una Pandemia por Sars-Cov -2, que ha llevado a los equipos a ser resilientes, toda vez que se han preparado para responder efectivamente a la crisis, mantener las funciones principales, incorporar aprendizajes y reorganizarse, si las condiciones lo requieren.

En conclusión, se espera desde el año 2021, lo siguiente:

#### Año 2021:

- 100% de cumplimiento de plan ajustado de Mejoramiento de la Satisfacción Usuaria.
- Elaboración y aplicación de un Instrumento de evaluación de la Satisfacción Usuaria.
- Evaluar los resultados cualitativos / cuantitativos para el plan de mejora año 2022.

#### Año 2022:

- Implementación del Plan de Mejora de la Satisfacción Usuaria.
- Elaboración y/o actualización de un protocolo de atención a usuarios en Urgencia, Farmacia y Lista de Espera.

### Nombre del Indicador

- **16.1** Porcentaje de acciones implementadas del Plan Cuatrienal ajustado de mejoramiento de la Acogida, Trato e Información a usuarios/as en la atención de Urgencia, Farmacia y Lista de Espera, en los establecimientos Hospitalarios y de Atención Primaria de Salud.
- **16.2** Porcentaje de establecimientos hospitalarios y de atención primaria de salud que diseñan y aplican instrumento de evaluación de la satisfacción Usuaria en los ámbitos de Urgencia, Farmacia y Lista de Espera.

### Meta Nacional Año 2021

- Los Establecimientos Hospitalarios y de Atención Primaria comprometidos, implementan el **100,0%** del plan cuatrienal ajustado y, diseñan y aplican un instrumento de evaluación de la satisfacción Usuaria en los ámbitos de Urgencia, Farmacia y Lista de espera.

### Metodología de Evaluación

Indicador	Ponderación por Corte
16.1 Porcentaje de acciones implementadas del Plan Cuatrienal ajustado de mejoramiento de la Acogida, Trato e Información a usuarios/as en la atención de Urgencia, Farmacia y Lista de Espera, en los establecimientos Hospitalarios y de Atención Primaria de Salud.	2,0%





16.2 Porcentaje de establecimientos hospitalarios y de atención primaria de salud que diseñan y aplican instrumento de evaluación de la satisfacción Usuaría en los ámbitos de Urgencia, Farmacia y Lista de Espera.	2,0%
--	------

## Ficha General Indicador

Nombre del Indicador	<b>16.1 Porcentaje de acciones implementadas del Plan Cuatrienal ajustado de Mejoramiento de la Satisfacción Usuaría en Urgencia, Farmacia y Lista de Espera, en los establecimientos hospitalarios y de Atención Primaria de Salud.</b>
Fórmula de Cálculo	(Número de actividades ejecutadas del Plan Cuatrienal ajustado de Mejoramiento de la Satisfacción Usuaría en el periodo t / Total de actividades comprometidas del Plan Cuatrienal ajustado de Mejoramiento de la Satisfacción Usuaría en el periodo t) x 100
Fuente de Datos	Formatos de reportes MINSAL

## Metas y Ponderaciones por Corte

	I Corte	25% de la evaluación anual
Número Acción	1	
Acciones y/o Metas Específicas	Cumplimiento del <b>25,0%</b> de las actividades comprometidas del Plan de Mejoramiento de la Satisfacción Usuaría, en Recepción y acogida, trato e información a usuarios y usuarias, en Urgencia, Farmacia y Lista de Espera	
Medios de Verificación	i. Informe de Evaluación, en formato de anexo 7 MINSAL. <b>*NOTA: Cumplimiento del Plan de acuerdo anexo 8 (anexo refundido IV Corte año 2020).</b>	
Fórmula de Cálculo:	(Número de actividades ejecutadas del Plan Cuatrienal ajustado de Mejoramiento de la Satisfacción Usuaría en el periodo t / Total de actividades comprometidas del Plan Cuatrienal ajustado de Mejoramiento de la Satisfacción Usuaría en el periodo t) x 100de la red asistencial) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 25,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>20,0% ≤ X &lt; 25,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>15,0% ≤ X &lt; 20,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>10,0% ≤ X &lt; 15,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 10,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

	II Corte	25% de la evaluación anual
Número Acción	2	
Acciones y/o Metas Específicas	Cumplimiento del <b>50,0%</b> de las actividades comprometidas del Plan de Mejoramiento de la Satisfacción Usuaría, en Recepción y acogida, trato e información a usuarios y usuarias, en Urgencia, Farmacia y Lista de Espera	
Medios de Verificación	i. Informe de Evaluación, en formato de anexo 7 MINSAL. <b>*NOTA: Cumplimiento del Plan de acuerdo anexo 8 (anexo refundido IV Corte año 2020).</b>	
Fórmula de Cálculo:	(Número de actividades ejecutadas del Plan Cuatrienal ajustado de Mejoramiento de la Satisfacción Usuaría en el periodo t / Total de actividades comprometidas del Plan Cuatrienal ajustado de Mejoramiento de la Satisfacción Usuaría en el periodo t) x 100de la red asistencial) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 50,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>45,0% ≤ X &lt; 50,0%</b>	<b>75,0%</b>



	$40,0\% \leq X < 45,0\%$	<b>50,0%</b>
	$35,0\% \leq X < 40,0\%$	<b>25,0%</b>
	$X < 35,0\%$	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

III Corte		25% de la evaluación anual
Número Acción	3	
Acciones y/o Metas Específicas	Cumplimiento del <b>75,0%</b> de las actividades comprometidas del Plan de Mejoramiento de la Satisfacción Usuaria, en Recepción y acogida, trato e información a usuarios y usuarias, en Urgencia, Farmacia y Lista de Espera	
Medios de Verificación	i. Informe de Evaluación, en formato de anexo 7 MINSAL. <b>*NOTA: Cumplimiento del Plan de acuerdo anexo 8 (anexo refundido IV Corte año 2020).</b>	
Fórmula de Cálculo:	$(\text{Número de actividades ejecutadas del Plan Cuatrienal ajustado de Mejoramiento de la Satisfacción Usuaria en el periodo } t / \text{Total de actividades comprometidas del Plan Cuatrienal ajustado de Mejoramiento de la Satisfacción Usuaria en el periodo } t) \times 100$ de la red asistencial	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	$X \geq 75,0\%$	<b>100,0%</b>
	$70,0\% \leq X < 75,0\%$	<b>75,0%</b>
	$65,0\% \leq X < 70,0\%$	<b>50,0%</b>
	$60,0\% \leq X < 65,0\%$	<b>25,0%</b>
	$X < 60,0\%$	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

IV Corte		25% de la evaluación anual
Número Acción	4	
Acciones y/o Metas Específicas	Cumplimiento del <b>100,0%</b> de las actividades comprometidas del Plan de Mejoramiento de la Satisfacción Usuaria, en Recepción y acogida, trato e información a usuarios y usuarias, en Urgencia, Farmacia y Lista de Espera	
Medios de Verificación	i. Informe de Evaluación, en formato de anexo 7 MINSAL. <b>*NOTA: Cumplimiento del Plan de acuerdo anexo 8 (anexo refundido IV Corte año 2020).</b>	
Fórmula de Cálculo:	$(\text{Número de actividades ejecutadas del Plan Cuatrienal ajustado de Mejoramiento de la Satisfacción Usuaria en el periodo } t / \text{Total de actividades comprometidas del Plan Cuatrienal ajustado de Mejoramiento de la Satisfacción Usuaria en el periodo } t) \times 100$ de la red asistencial	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	$X \geq 100,0\%$	<b>100,0%</b>
	$95,0\% \leq X < 100,0\%$	<b>75,0%</b>
	$90,0\% \leq X < 95,0\%$	<b>50,0%</b>
	$85,0\% \leq X < 90,0\%$	<b>25,0%</b>
	$X < 85,0\%$	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

### Ficha General Indicador

Nombre del Indicador	<b>16.2 Porcentaje de establecimientos hospitalarios y de atención primaria de salud que diseñan y aplican instrumento de evaluación de la satisfacción Usuaria en los ámbitos de Urgencia, Farmacia y Lista de Espera.</b>
----------------------	---



Fórmula de Cálculo	(Número de establecimientos hospitalarios y de APS del Servicio de Salud, que diseñan y/o aplican instrumento de evaluación de la Satisfacción Usuaría en el periodo t / Total de establecimientos hospitalarios y de APS del Servicio de Salud comprometidos) x100.
Fuente de Datos	Formatos de reportes MINSAL.

### Metas y Ponderaciones por Corte

<b>I Corte</b>	<b>No Aplica</b>
----------------	------------------

<b>II Corte</b>		<b>30% de la evaluación anual</b>
Número Acción	1	
Acciones y/o Metas Específicas	Diseñar un instrumento de evaluación de la Satisfacción Usuaría.	
Medios de Verificación	i. Instrumento de evaluación de la Satisfacción Usuaría (elaboración propia).	
Fórmula de Cálculo:	(Número de establecimientos hospitalarios y de APS del Servicio de Salud, que diseñan y/o aplican instrumento de evaluación de la Satisfacción Usuaría en el periodo t / Total de establecimientos hospitalarios y de APS del Servicio de Salud comprometidos) x100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

<b>III Corte</b>		<b>40% de la evaluación anual</b>
Número Acción	2	
Acciones y/o Metas Específicas	Aplicación del instrumento de evaluación de la Satisfacción Usuaría en Urgencia, Farmacia y Lista de Espera.	
Medios de Verificación	i. Informe de aplicación del instrumento de evaluación y resultados (se enviará desde MINSAL, anexo que refleje tipo de Informe).	
Fórmula de Cálculo:	(Número de establecimientos hospitalarios y de APS del Servicio de Salud, que diseñan y/o aplican instrumento de evaluación de la Satisfacción Usuaría en el periodo t / Total de establecimientos hospitalarios y de APS del Servicio de Salud comprometidos) x100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

<b>IV Corte</b>		<b>30% de la evaluación anual</b>
Número Acción	3	
Acciones y/o Metas Específicas	Elaboración del plan de mejora de la Satisfacción Usuaría para año 2022.	
Medios de Verificación	i. Plan de mejora de la Satisfacción Usuaría (se enviará formato desde MINSAL).	
Fórmula de Cálculo:	(Número de establecimientos hospitalarios y de APS del Servicio de Salud, que diseñan y/o aplican instrumento de evaluación de la Satisfacción Usuaría en el periodo t / Total de establecimientos hospitalarios y de APS del Servicio de Salud comprometidos) x100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	



**COMPROMISO DE GESTIÓN N°17  
FORTALECIMIENTO DE LA  
PARTICIPACIÓN CIUDADANA**



Ámbito RISS:	Gobernanza y Estrategia.
Atributo:	Participación amplia.

## Objetivo General

Fortalecer la participación ciudadana real y efectiva en salud con pertinencia territorial y cultural bajo un enfoque de derecho y corresponsabilidad, promoviendo el trabajo colaborativo de los equipos del sector salud, la comunidad usuaria, las organizaciones comunitarias y la sociedad civil.

## Objetivos Específicos

- Reforzar las competencias y el trabajo realizado por las organizaciones sociales y su dirigencia, empleando herramientas que ayuden a potenciar su participación real y efectiva en las materias, temas y ámbitos de acción del Servicio de Salud correspondiente.
- Diversificar el espectro de organizaciones sociales convocadas, para generar mayor impacto y representatividad de la comunidad usuaria.
- Implementar los mecanismos mínimos de participación ciudadana establecidos en la ley 18.575 Orgánica y Constitucional de Bases Generales de Administración del Estado, de forma pertinente y representativa.
- Impulsar la participación real y efectiva en salud, por medio de la implementación de otros mecanismos de participación que permitan abordar con la comunidad, distintos a los contemplados en la ley 18.575, que permitan abordar con la comunidad, distintas líneas de trabajo priorizadas por el sector salud.
- Generar insumos para la elaboración e implementación de planes y programas, por medio de los resultados obtenidos en las distintas instancias de participación planificadas y ejecutadas durante el año.
- Adecuar las estrategias y las metodologías de acciones y actividades de participación ciudadana a la realidad de cada territorio, en el contexto de la situación epidemiológica y sus fases establecidas por la autoridad sanitaria y el criterio del Servicio de Salud, para velar por el desarrollo seguro y controlado de las actividades con la comunidad.
- Consolidar el uso de herramientas tecnológicas, particularmente telemáticas, en las metodologías aplicadas a las acciones e instrumentos de participación ciudadana, con especial atención a la integración en el trabajo realizado de comunidades geográficamente aisladas.

## Marco Referencial y Consideraciones Técnicas

### Participación Ciudadana

Entenderemos por participación ciudadana al involucramiento activo de las personas en el ciclo de las políticas públicas que tienen directa repercusión en sus vidas. En este sentido, el concepto de participación ciudadana “incluye cualquier forma de acción colectiva, de reivindicación o de respuesta a las convocatorias formuladas



desde el gobierno para incidir en las decisiones de política pública<sup>47</sup>. Por lo que, también implica que exista voluntad de incidencia en los asuntos públicos, por parte de las organizaciones sociales y la ciudadanía.

Lo anterior, se encuentra consagrado de manera indirecta en la Constitución de la República que en su artículo 1 dispone: “el derecho de las personas a participar con igualdad de oportunidades en la vida nacional”. A su vez, dicho cuerpo jurídico otorga rango constitucional a los tratados sobre Derechos Humanos ratificados por Chile. Al respecto, existen dos instrumentos internacionales relevantes en esta materia, los cuales son: la Declaración Universal de Derechos Humanos y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos<sup>48</sup>, que consagran el derecho de las personas a participar del gobierno de su país.

Sin embargo, no es hasta la promulgación de la Ley 20.500 sobre Participación Ciudadana en la Gestión Pública, que se comienza a tratar de forma expresa y orgánica el tema de la participación en los asuntos públicos. De esta manera, el tema se instala en la gestión pública, abriendo espacios concretos para la participación de la sociedad civil en todos los órganos del Estado, permitiendo así un mayor involucramiento y compromiso de las personas en las distintas etapas del ciclo de las políticas públicas.

Bajo este contexto, la participación ciudadana debe realizarse bajo un enfoque de derecho, de manera transversal, sin ningún tipo de discriminación arbitraria, respetando la diversidad social y cultural, reconociendo e integrando las particularidades territoriales, así como las características y necesidades de los distintos grupos que lo conforman. Esto con la finalidad de potenciar las instancias de intercambio de ideas y percepciones sobre distintos temas a consultar con la comunidad, fortaleciendo el proceso de toma de decisiones en el marco de un sistema democrático.

En el actual programa de Gobierno, se plantea la importancia de contar con una sociedad civil organizada, fuerte y solidaria que potencie el progreso de la gestión pública del país, por medio de su incidencia en el diseño, implementación y evaluación de las políticas públicas. En este sentido se hace un llamado a “potenciar la participación ciudadana, abrir espacios para la solidaridad entre las personas y apoyar el desarrollo de las organizaciones de la sociedad civil”<sup>49</sup>.

De esta forma, no es posible concebir avances reales en materia de políticas públicas de salud sin considerar el involucramiento y compromiso de la sociedad civil.

La misión del Ministerio de Salud se expresa como: “construir un modelo de salud sobre la base de una atención primaria fortalecida e integrada, que pone al paciente en el centro, con énfasis en el cuidado de poblaciones durante todo el ciclo de vida, y que además estimule la promoción y prevención en salud, así como el seguimiento, trazabilidad y cobertura financiera”<sup>50</sup>. Para su cumplimiento es imprescindible el involucramiento y compromiso de la comunidad, particularmente en lo relacionado con la promoción y prevención en salud. En la medida en que los beneficiarios de las políticas públicas puedan participar en el diseño, implementación,

<sup>47</sup> Díaz, Ana (2017) “Participación ciudadana en la gestión y en las políticas públicas”. Extraído de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-10792017000200341](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-10792017000200341).

<sup>48</sup> Establecido en los artículos 21 y 25, respectivamente, de dichos instrumentos internacionales.

<sup>49</sup> Programa de Gobierno (2018-2022) “*Construyamos Tiempos Mejores para Chile*” Págs. 169-170.

<sup>50</sup> Extraído de: <https://www.minsal.cl/mision-y-vision/>.



control y evaluación de estas no solamente genera una identificación y compromiso, si no que hacen que dichas políticas públicas resulten mucho más efectivas para la población.

Atendido lo expuesto, es que este Compromiso de Gestión se sustenta en la convicción de que el trabajo entre el Estado y la sociedad civil debe ser de carácter colaborativo, buscando generar sinergias que se traduzcan en definitiva en mejorar la salud y calidad de vida de la persona.

## Beneficios de la Participación en la Gestión Pública

La participación ciudadana en la gestión pública tiene diversos beneficios para el Estado, dado que fortalece su gestión y el impacto de las políticas públicas, diseñadas para subsanar distintas necesidades de la población.

De esta manera, la participación ciudadana se presenta como un recurso fundamental para legitimar la gestión del gobierno, ya que mejora la eficiencia y eficacia de planes, políticas y programas; al consultar con la ciudadanía distintos aspectos del proceso de diseño, ejecución y evaluación de los mismos. Lo cual, a su vez, fortalece el rol de las organizaciones sociales y permite que la sociedad civil se sienta más identificada y comprometida con las decisiones tomadas y las acciones ejecutadas; aumentando la eficiencia y transparencia del Estado.

## Normativa

La Participación Ciudadana en salud se encuentra regulada en cuerpos normativos, tanto de carácter general como especial en el ámbito del quehacer del Ministerio de Salud. Dentro de los más relevantes podemos nombrar los siguientes:

- **Constitución Política de la República:** En su artículo 1 consagra el derecho de las personas a participar con igualdad de oportunidad en la vida nacional. De la misma forma en el artículo 5 otorga rango constitucional a los Tratados Internacionales ratificados por Chile y que se encuentren vigentes, dentro de esto se consideran a la Declaración Universal de Derechos Humanos y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, ambos consagran el derecho de participación para las personas de los países suscriptores de estos instrumentos internacionales.
- **Ley 20.500 sobre Participación Ciudadana en la Gestión Pública:** Promulgada en febrero de 2011, trata de forma expresa y sistemática el derecho a la participación ciudadana y modifica diversos cuerpos legales a este respecto.
- **Ley 19.880 de Bases de los Procedimientos Administrativos:** Regula, entre otras materias, los procedimientos relacionados con la gestión de solicitudes de las personas, considerando aspectos, como calidad, transparencia y oportunidad de las respuestas.
- **Ley 18.575 Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado:** Modificada por la ley 20.500 establece la participación ciudadana como uno de los principios rectores de la administración del Estado y, en su Título IV, establece el derecho a la participación y los mecanismos mínimos obligatorios en esta materia para los distintos órganos del Estado.
- **Ley 19.666 que crea el Régimen General de Garantías de Salud GES:** Establece la exigibilidad en el cumplimiento de garantías de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera en la provisión de



servicios en caso de patologías de mayor frecuencia, gravedad y costo para la población. Genera un sistema de reclamación por incumplimiento de garantías y un sistema de mediación en caso de demandas tanto al sistema de salud público como privado.

- **Ley 20.422 sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad:** Busca establecer la forma y condiciones que permitan la plena integración de la persona con discapacidad en la sociedad y el ejercicio en igualdad de condiciones de todos los derechos que nuestro ordenamiento jurídico establece para todas las personas.
- **Ley 20.285 sobre Acceso a la Información Pública:** Regula el principio de transparencia de la función pública, el derecho al acceso a la información de los órganos de la Administración del Estado, los procedimientos para el ejercicio del derecho y para su amparo, y las excepciones a la publicidad de la información.
- **Ley 20.584 que regula los Derechos y Deberes que tienen las Personas en relación con Acciones Vinculadas a su Atención en Salud:** Sus disposiciones se aplican a prestadores tanto públicos como privados y a los demás profesionales y trabajadores que, por cualquier causa, deban atender público y se vinculen con el otorgamiento de las atenciones de salud.
- **Ley 20.609 que establece Medidas Contra la Discriminación:** Establece un mecanismo judicial para el restablecimiento del imperio del Derecho cuando se cometa un acto de discriminación arbitraria y dispone que los órganos de la Administración del Estado deben elaborar e implementar políticas destinadas a garantizar a toda persona, sin discriminación arbitraria, el goce y ejercicio de los derechos y libertades reconocidos por la Constitución Política de la República, las leyes y los Tratados Internacionales ratificados por Chile y que se encuentren vigentes.
- **Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria:** Modifica la estructura del Sistema Público de Salud y establece mecanismos de participación de la sociedad civil (Consejos Asesores de las Secretarías Regionales Ministeriales, Consejo de Integración de la Red Asistencial, Consejos Consultivos).

## Contexto de la Participación Ciudadana en Salud para el año 2021

En la lógica de una continua mejora de la planificación y mecanismos de participación ciudadana y buscando, permanentemente, aumentar la eficiencia y eficacia de estas herramientas es que se debe profundizar y perfeccionar en los siguientes ámbitos durante el año 2021:

1. **Impacto y representatividad:** Un elemento esencial en el éxito de las políticas públicas en salud es el impacto que estas tienen en la comunidad y la representatividad de quienes contribuyen a diseñarlas, implementarlas y/o evaluarlas. En este entendido es necesario profundizar en estos dos aspectos mediante la apertura a la participación de grupos y organizaciones tradicionalmente no consideradas y que presentan una sensible vinculación con la comunidad y su consiguiente impacto en esta, tanto por número de socios, temas de interés-, realidades sociales y representación etaria (juntas de vecinos, clubes deportivos, clubes de adulto mayor, ONG's, centros juveniles, etc.).
2. **Injerencia en las políticas públicas:** El objetivo central de la participación ciudadana es permitir a las personas tener injerencia en el ciclo de las políticas públicas, de esta forma debemos buscar los mecanismos que permitan que la discusión y los resultados obtenidos en los diferentes mecanismos de participación puedan enriquecer el trabajo de quienes tienen poder de decisión en relación con las políticas públicas. Así las cosas, la generación de insumos utilizables por estos tomadores de decisiones se instaura





como un eje central del presente COMGES.

3. **Contexto Pandemia COVID 19:** La Pandemia del COVID 19, las medidas sanitarias decretadas por la autoridad sanitaria y las nuevas formas de comunicación durante gran parte del 2020, nos dejó una serie de aprendizajes que debemos reforzar y mejorar, para mantener la información y la comunicación con la sociedad civil, elementos esenciales para ejercer una adecuada participación ciudadana. De la misma forma, la utilización de estas herramientas de comunicación telemática permite la integración a los procesos y mecanismos participativos de comunidades que por su aislamiento geográfico les resulta imposible participar presencialmente

## Definiciones y Terminología

Todo lo anteriormente expuesto debe ilustrar nuestra interpretación y concreción práctica de los objetivos consignados en los acápite I y II de estas Orientaciones Técnicas.

### Consideraciones para dar respuesta al Objetivo General

De esta forma, en lo que dice relación con el Objetivo General planteado los conceptos más relevantes a tener en cuenta son los siguientes:

- **Pertinencia:** Al momento de diseñar y ejecutar todas las acciones e instrumentos en el presente COMGES se debe tener siempre presente las peculiaridades tanto culturales como sociales y geográficas del territorio y de la comunidad con quienes se trabaja.
- **Derechos y Deberes:** En el diseño y ejecución de las acciones y contenidos planificados en el presente COMGES siempre debe tenerse a la vista los derechos y su deber correlativo.
- **Intersectorialidad:** En el diseño y ejecución de las acciones e instrumentos en el marco de este COMGES se debe buscar la generación de sinergias, tanto al interior del sector salud, como con otras reparticiones u organismos del Estado, como por ejemplo SEREMIS, APS, Gobernaciones, etc. De manera de perfeccionar y potenciar el trabajo que se realice en esta materia, con especial consideración a impacto y cobertura de la comunidad usuaria en cada territorio.
- **Paradigma colaborativo:** Uno de los objetivos finales de los procesos de participación ciudadana es cambiar el paradigma de relación entre el Estado y la sociedad civil, desde uno de oposición o confrontación en el que la parte que vence logra imponer sus objetivos y prioridades, hacia uno de colaboración, corresponsabilidad y generación de sinergia. De esta forma las acciones y actividades que se diseñen en este COMGES deben tener como uno de sus objetivos fundantes el colaborar en este tránsito hacia el cambio de forma de relación entre el Estado y la sociedad civil.

### Consideraciones para dar respuesta a los Objetivos Específicos

En relación con los objetivos específicos que se establecen en este documento los aspectos más relevantes a considerar al momento de planificar y ejecutar las acciones y actividades en el marco del presente COMGES son los siguientes:



- **Promover y fortalecer la asociatividad:** Las ventajas de trabajar con una sociedad civil organizada son múltiples en relación con una participación más difusa y atomizada. En las acciones y actividades que se planifiquen y realicen se debe tener en cuenta la promoción de la asociatividad formal y promoverla (Objetivo 1).
- **Fortalecimiento y entrega de competencias:** En el diseño y ejecución de las acciones y actividades se debe tener presente las posibilidades de reforzar o entregar a las personas participantes competencias que permitan ir en un permanente avance en la calidad y efecto de la participación ciudadana. Como por ejemplo reforzar competencias en liderazgo, oratoria, técnicas de administración, etc. (Objetivo 1).
- **Representatividad e impacto:** Como una forma de aumentar la representatividad de los participantes en las distintas acciones y actividades de participación ciudadana y el impacto que esta tenga en la comunidad, se debe, además de las organizaciones propias del sector salud, considerar a organizaciones existentes en el territorio y con alta representatividad e impacto comunitario, por ejemplo, juntas de vecinos, clubes deportivos, centros de madres, ONG'S, clubes de adulto mayor, etc. La gran mayoría de los miembros de estas organizaciones son usuarios del sistema público de salud y su capacidad de transmisión de los mensajes es muy alta. Se recomienda privilegiar aquellas con una constitución formal y vigente (Objetivo 2).
- **Mecanismos mínimos obligatorios:** La ley 18.575 establece 4 mecanismos mínimos obligatorios: acceso a información relevante, cuentas públicas participativas, consultas y consejos de la sociedad civil. Si bien estos mecanismos no tienen un orden de prelación se sugiere poner especial atención en los COSOC, las consultas y las cuentas públicas participativas (Objetivo 3).
- **Otros mecanismos de participación:** Con el fin de ampliar las formas y grupos objetivos en el ámbito de la participación ciudadana en el sector salud, resulta conveniente implementar otros mecanismos de participación, más allá de los mínimos obligatorios. A modo de ejemplo se pueden nombrar los siguientes: presupuestos participativos, diálogos participativos, conversatorios, parlamentos infantiles y juveniles, etc. Para estos efectos el Departamento de Participación Ciudadana y Trato al Usuario prestará un constante apoyo metodológico a los Servicios de Salud, de forma de que esta implementación resulte lo más efectiva y eficiente posible (ver guía metodológica acompañada a este documento) (Objetivo 4).
- **Generación de insumos para políticas, planes y programas:** El objetivo propio de la participación ciudadana es permitir que las personas tengan injerencia en el ciclo de las políticas públicas, de esta forma se hace imprescindible que de todas las acciones y mecanismos de participación generen insumos útiles para el diseño, implementación o evaluación de planes, políticas o programas. Esto exige el trabajo sistemático de la información levantada y la elaboración de minutas y/o informes que recojan lo sistematizado tanto cuantitativa como cualitativamente, según pertinencia; de manera que estos insumos sean efectivamente útiles según lo señalado anteriormente. Estos informe y/o minutas se deben hacer llegar al Departamento de Participación Ciudadana y Trato al Usuario como un medio de verificación de las actividades y como elemento a tomar en cuenta al momento de la evaluación de cumplimiento del COMGES, pero también se deben entregar a la autoridad y/o jefatura correspondiente que tenga a su cargo el diseño, implementación y evaluación de políticas públicas en salud, de forma que puedan ser utilizados para el enriquecimiento de su quehacer específico (Objetivo 5).
- **Contexto sanitario:** El diseño y ejecución de las acciones y actividades en el marco del presente COMGES deben realizarse teniendo siempre en consideración la realidad sanitaria del momento y buscando generar las circunstancias de mayor seguridad posible para los participantes.
- **Plataformas telemáticas:** Las nuevas formas de comunicación impuestas por la pandemia de SarsCov-2



deben servir también, para diseñar las actividades y acciones en el marco de este COMGES de forma que permita la integración en estas de comunidades geográficamente aisladas.

## Consideraciones en relación a la Guía Metodológica anexa

Se entregará junto a estas Orientaciones Técnicas una Guía Metodológica que contendrá directrices en relación a la ejecución de otros mecanismos de participación no contemplados en la Ley 18.575. A su vez, también entregará ciertas sugerencias en cuanto a líneas temáticas, que pueden ser priorizadas por los Servicios de Salud en su planificación 2021.

## Consideraciones en relación a la utilización de formatos

El uso de los formatos entregados por el departamento de Participación Ciudadana y Trato al Usuario a los Servicios de Salud para la ejecución de este COMGES son de carácter obligatorio, lo que será considerado al momento de la evaluación de cumplimiento (cada formato se evaluará por cada uno de sus ítems o apartados) en conjunto con los verificadores de cada actividad que se deben acompañar en la rendición del COMGES (fotografías, listas de asistencia, etc.).

## Nombre del Indicador

- **17.1** Porcentaje de acciones implementadas del Plan Anual de Participación Ciudadana diseñado por los Servicios de Salud para el año 2021, en el periodo.

## Meta Nacional Año 2021

Durante el año 2021, los 29 Servicios de Salud deben ejecutar el **100,0%** de las acciones establecidas en su Plan Anual de Participación Ciudadana, en concordancia con los objetivos general y específicos establecidos en el presente COMGES y los planteados a partir del diagnóstico territorial, realizando además las adecuaciones necesarias según el contexto epidemiológico de cada territorio.

## Metodología de Evaluación

### Ficha General Indicador

Nombre del Indicador	<b>17.1 Porcentaje de acciones implementadas del Plan Anual de Participación Ciudadana diseñado por los Servicios de Salud para el año 2021, en el periodo.</b>
Fórmula de Cálculo	(Número de acciones del Plan Anual de Participación Ciudadana implementadas durante el periodo t / Total de acciones del Plan Anual de Participación Ciudadana comprometidas de implementar para el periodo t) x 100.
Fuente de Datos	Fuente de datos primarios contenida en los informes de cumplimiento del COMGES por cada Servicio de Salud.



## Metas y Ponderaciones por Corte

I Corte		30% de la evaluación anual	
Número Acción	1		
Acciones y/o Metas Específicas	Elaboración de Diagnóstico territorial de Participación Ciudadana, el cual debe contener las consideraciones técnicas y los aspectos solicitados según formato Minsal, enviadas previo a la evaluación del corte.		
Medios de Verificación	i. Informe Plan Anual de Participación (Formato Minsal).		
Fórmula de Cálculo:	$(N^{\circ} \text{ de acciones cumplidas en el periodo} / N^{\circ} \text{ de acciones solicitadas en el periodo}) \times 100$ .		
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>	
	X = 100,0%	100,0%	
	X < 100,0%	0,0%	
Ponderación al Corte de la Acción	20,0%		
Número Acción	2		
Acciones y/o Metas Específicas	Contenido del Diagnóstico territorial de Participación Ciudadana, el cual debe presentar todos los aspectos considerados en la evaluación establecida en la Guía Metodológica.		
Medios de Verificación	i. Informe Plan Anual de Participación (Formato Minsal).		
Fórmula de Cálculo:	$(N^{\circ} \text{ de acciones cumplidas en el periodo} / N^{\circ} \text{ de acciones solicitadas en el periodo}) \times 100$ .		
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>	
	X = 100,0%	100,0%	
	X < 100,0%	0,0%	
Ponderación al Corte de la Acción	20,0%		
Número Acción	3		
Acciones y/o Metas Específicas	Planteamiento de los objetivos del Plan Anual de Participación, los cuales deben estar en concordancia con el diagnóstico territorial realizado.		
Medios de Verificación	i. Informe Plan Anual de Participación (Formato Minsal).		
Fórmula de Cálculo:	$(N^{\circ} \text{ de acciones cumplidas en el periodo} / N^{\circ} \text{ de acciones solicitadas en el periodo}) \times 100$ .		
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>	
	X = 100,0%	100,0%	
	X < 100,0%	Según cumplimiento	
Ponderación al Corte de la Acción	20,0%		
Número Acción	4		
Acciones y/o Metas Específicas	<p>Planificación de actividades considerando:</p> <p><b>Actividades de Participación:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Seis conversatorios (2 corte II, 2 corte III y 2 corte IV) en temáticas priorizadas por el Servicio de Salud. El mínimo de participantes de un conversatorio, para ser reportado en este COMGES, es de 15 personas.</li> <li>b. Un Diálogo Participativo (Corte II, III o IV) en temática priorizada por el Servicio de Salud. En caso de imposibilidad de realización, en atención a la situación sanitaria, podrá ser reemplazado por la realización de una Consulta Ciudadana, en los mismos términos que se señalan en el siguiente párrafo.</li> <li>c. Una Consulta ciudadana virtual y/o presencial al año, en temática priorizada por el Servicio de Salud, visada por el Departamento de Participación Ciudadana y Trato al Usuario del Ministerio de Salud, tanto en la forma del instrumento como el contenido. (Esta consulta se puede realizar en el periodo correspondiente a los cortes II, III o IV; pero debe ser reportada en el corte IV. A su vez, el mínimo de personas consultadas debe ser 100).</li> <li>d. Tres actividades (1 por corte a partir del corte II) utilizando mecanismos distintos a los considerados en el título IV de la ley 18.575 (establecidos en la guía metodológica). Tanto el mecanismo como el tema debe ser elegido por el Servicio de Salud.</li> <li>e. Dos capacitaciones para fortalecer las competencias de los dirigentes sociales (1 por corte, específicamente en los cortes II y III). Considerar para estas capacitaciones como público</li> </ul>		



objetivos a los consejeros pertenecientes al COSOC, CDL, CCU y a dirigentes sociales de organizaciones de la sociedad civil de alto impacto comunitario (por ejemplo: organizaciones territoriales y funcionales)

**Trabajo con el Consejo de la Sociedad Civil (COSOC):**

- a. Cuatro reuniones del COSOC como mínimo (1 por corte La reunión correspondiente al periodo del corte I debe ser reportada en el corte II junto a la reunión correspondiente a dicho corte).
- b. Acciones para la regularización del Consejo de la Sociedad Civil (sólo en caso de aplicar).

**La planificación de actividades correspondientes al Plan Anual de Participación debe ir en concordancia con el diagnóstico territorial y objetivos planteados. A su vez, debe contener las consideraciones técnicas y los aspectos solicitados según formato Minsal, enviado previo a la evaluación del corte.**

Medios de Verificación	i. Informe Plan Anual de Participación (Formato Minsal).	
Fórmula de Cálculo:	$(N^{\circ} \text{ de acciones cumplidas en el periodo} / N^{\circ} \text{ de acciones solicitadas en el periodo}) \times 100.$	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	40,0%	

	II Corte	20% de la evaluación anual
Número Acción	5	
Acciones y/o Metas Específicas	<p>Ejecución de actividades para dar cumplimiento al Plan Anual de Participación Ciudadana, de acuerdo a lo establecido en el cronograma de trabajo para el corte a evaluar.</p> <p><b>Actividades de Participación:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Ejecutar 2 conversatorio ciudadano en temáticas priorizadas por el Servicio de Salud.</li> <li>b. Ejecutar 1 actividad utilizando otro mecanismo de participación, diferente a los establecidos en la Ley 18.575.</li> <li>c. Ejecutar 1 capacitación para fortalecer las competencias de los dirigentes sociales.</li> </ul> <p><b>Trabajo con el Consejo de la Sociedad Civil (COSOC):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Dar cuenta de las 2 reunión del COSOC, correspondiente al periodo del Corte I y II.</li> <li>b. Ejecutar, en caso de aplicar, al menos una acción para regular el COSOC.</li> </ul>	
Medios de Verificación	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. Verificadores que den cuenta de la ejecución de cada actividad de participación y del trabajo con el Consejo de la Sociedad Civil, al menos, verificadores de convocatorias, acta de actividad o acuerdo, (según corresponda) lista de asistencia, fotografías de la actividad, presentaciones o medios audiovisuales presentadas, y otros que determinen Verificadores que den cuenta de la ejecución de la capacitación hacia dirigentes sociales, al menos, verificadores de convocatorias, acta de actividad, lista de asistencia, fotografías de la actividad, presentaciones o medios audiovisuales presentadas, y otros que determinen.</li> <li>ii. Verificadores que den cuenta de la ejecución de la actividad de regularización del COSOC (acta de reuniones, lista de asistencia, nuevo reglamento, convocatoria a elecciones, elección de nuevos consejeros, etc.).</li> </ul>	
Fórmula de Cálculo:	$(N^{\circ} \text{ de acciones cumplidas en el periodo} / N^{\circ} \text{ de acciones solicitadas en el periodo}) \times 100.$	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = Ejecuta todas las actividades planificadas al corte.</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X = Ejecuta parcialmente las actividades planificadas al corte, o no las ejecuta.</b>	<b>Según porcentaje de ejecución.</b>
Ponderación al Corte de la Acción	40,0%	
Número Acción	6	



Acciones y/o Metas Específicas	Informe ejecutivo por cada actividad, que dé cuenta de las percepciones de la comunidad y de la información levantada sobre el tema tratado y que sirva de insumo para la autoridad o jefaturas del Servicio de Salud (Formato Minsal).	
Medios de Verificación	i. Informe ejecutivo por cada actividad correspondiente al apartado "Actividades de participación", el cual debe contener las consideraciones técnicas y los aspectos solicitados según formato Minsal.	
Fórmula de Cálculo:	$(N^{\circ} \text{ de acciones cumplidas en el periodo} / N^{\circ} \text{ de acciones solicitadas en el periodo}) \times 100.$	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b> <b>X = Entrega de todos los informes ejecutivos, por cada actividad desarrollada.</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b> <b>100,0%</b>
	<b>X = Entrega parcial de los informes ejecutivos, o no son entregados.</b>	<b>Según porcentaje de ejecución.</b>
Ponderación al Corte de la Acción	45,0%	
Número Acción	<b>7</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Encuestas de evaluación de cada una de las actividades correspondientes al apartado "Actividades de participación", junto a su minuta de resultados, la cual debe contener las consideraciones técnicas y los aspectos solicitados según formato Minsal.	
Medios de Verificación	i. Encuestas de Evaluación de cada actividad, junto a minuta de resultados. (Formato Minsal).	
Fórmula de Cálculo:	$(N^{\circ} \text{ de acciones cumplidas en el periodo} / N^{\circ} \text{ de acciones solicitadas en el periodo}) \times 100.$	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b> <b>X = Entrega de todas las encuestas de evaluación de cada actividad, junto a minuta de resultados.</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b> <b>100,0%</b>
	<b>X = Entrega parcial de las encuestas de evaluación de cada actividad, junto a minuta de resultados, o no son entregadas.</b>	<b>Según porcentaje de ejecución.</b>
Ponderación al Corte de la Acción	15,0%	

	<b>III Corte</b>	<b>20% de la evaluación anual</b>
Número Acción	<b>8</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	<p>Ejecución de actividades para dar cumplimiento al Plan Anual de Participación Ciudadana, de acuerdo a lo establecido en el cronograma de trabajo para el corte a evaluar.</p> <p><b>Actividades de Participación:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Ejecutar 2 conversatorios ciudadanos en temáticas priorizadas por el Servicio de Salud.</li> <li>b. Ejecutar 1 diálogo ciudadano en temática priorizada por el Servicio de Salud.</li> <li>c. Ejecutar 1 actividad utilizando otro mecanismo de participación, diferente a los establecidos en la Ley 18.575.</li> <li>d. Ejecutar 1 capacitación para fortalecer las competencias de los dirigentes sociales.</li> </ul> <p><b>Trabajo con el Consejo de la Sociedad Civil (COSOC):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Dar cuenta de al menos 1 reunión del COSOC, correspondiente al periodo de evaluación del Corte III. <ul style="list-style-type: none"> <li>b. Ejecutar, en caso de aplicar, al menos una acción para regular el COSOC.</li> </ul> </li> </ul>	
Medios de Verificación	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. Verificadores que den cuenta de la ejecución de cada actividad de participación y del trabajo con el Consejo de la Sociedad Civil, al menos, verificadores de convocatorias, acta de actividad o acuerdo, (según corresponda) lista de asistencia, fotografías de la actividad, presentaciones o medios audiovisuales presentadas, y otros que determinen.</li> <li>ii. Verificadores que den cuenta de la ejecución de la capacitación hacia dirigentes sociales al menos, verificadores de convocatorias, acta de actividad, lista de asistencia, fotografías de la actividad, presentaciones o medios audiovisuales presentadas, y otros que determinen.</li> <li>iii. Verificadores que den cuenta de la ejecución de la actividad de regularización del COSOC (acta de reuniones, lista de asistencia, nuevo reglamento, convocatoria a elecciones,</li> </ul>	



elección de nuevos consejeros, etc.).

Fórmula de Cálculo:	$(N^{\circ} \text{ de acciones cumplidas en el periodo} / N^{\circ} \text{ de acciones solicitadas en el periodo}) \times 100.$	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = Ejecuta todas las actividades planificadas al corte.</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X = Ejecuta parcialmente las actividades planificadas al corte, o no las ejecuta.</b>	<b>Según porcentaje de ejecución.</b>
Ponderación al Corte de la Acción	40,0%	
Número Acción	9	
Acciones y/o Metas Específicas	Informe ejecutivo por cada actividad, que dé cuenta de las percepciones de la comunidad sobre la temática tratada y que sirva de insumo para la autoridad o jefaturas del Servicio de Salud (Formato Minsal).	
Medios de Verificación	i. Informe ejecutivo por cada actividad correspondiente al apartado "Actividades de participación", el cual debe contener las consideraciones técnicas y los aspectos solicitados según formato Minsal.	
Fórmula de Cálculo:	$(N^{\circ} \text{ de acciones cumplidas en el periodo} / N^{\circ} \text{ de acciones solicitadas en el periodo}) \times 100.$	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = Entrega de todos los informes ejecutivos, por cada actividad desarrollada.</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X = Entrega parcial de los informes ejecutivos, o no son entregados.</b>	<b>Según porcentaje de ejecución.</b>
Ponderación al Corte de la Acción	45,0%	
Número Acción	10	
Acciones y/o Metas Específicas	Encuestas de evaluación de cada una de las actividades correspondientes al apartado "Actividades de participación", junto a su minuta de resultados, la cual debe contener las consideraciones técnicas y los aspectos solicitados según formato Minsal.	
Medios de Verificación	i. Encuestas de Evaluación de cada actividad, junto a minuta de resultados. (Formato Minsal).	
Fórmula de Cálculo:	$(N^{\circ} \text{ de acciones cumplidas en el periodo} / N^{\circ} \text{ de acciones solicitadas en el periodo}) \times 100.$	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = Entrega de todas las encuestas de evaluación de cada actividad, junto a minuta de resultados.</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X = Entrega parcial de las encuestas de evaluación de cada actividad, junto a minuta de resultados, o no son entregadas.</b>	<b>Según porcentaje de ejecución.</b>
Ponderación al Corte de la Acción	15,0%	

	<b>IV Corte</b>	<b>30% de la evaluación anual</b>
Número Acción	11	
Acciones y/o Metas Específicas	<p>Ejecución de actividades para dar cumplimiento al Plan Anual de Participación Ciudadana, de acuerdo a lo establecido en el cronograma de trabajo para el corte a evaluar.</p> <p><b>Actividades de Participación:</b></p> <p>a. Ejecutar 2 conversatorios ciudadanos en temáticas priorizadas por el Servicio de Salud.</p> <p>b. Ejecutar 1 actividad utilizando otro mecanismo de participación, diferente a los establecidos en la Ley 18.575.</p> <p><b>Trabajo con el Consejo de la Sociedad Civil (COSOC):</b></p> <p>a. Dar cuenta de al menos 1 reunión del COSOC, correspondiente al periodo de evaluación del Corte IV.</p> <p>b. Ejecutar, en caso de aplicar, al menos una acción para regular el COSOC.</p>	
Medios de Verificación	i. Verificadores que den cuenta de la ejecución de cada actividad de participación y del trabajo con el Consejo de la Sociedad Civil, al menos, verificadores de convocatorias, acta	



	de actividad o acuerdo, (según corresponda) lista de asistencia, fotografías de la actividad, presentaciones o medios audiovisuales presentadas, y otros que determinen.						
	ii. Verificadores que den cuenta de la ejecución de la actividad de regularización del COSOC (acta de reuniones, lista de asistencia, nuevo reglamento, convocatoria a elecciones, elección de nuevos consejeros, etc.).						
Fórmula de Cálculo:	$(N^{\circ} \text{ de acciones cumplidas en el periodo} / N^{\circ} \text{ de acciones solicitadas en el periodo}) \times 100.$						
Cálculo del Cumplimiento:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Resultado Obtenido</th> <th>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>X = Ejecuta todas las actividades planificadas al corte.</b></td> <td><b>100,0%</b></td> </tr> <tr> <td><b>X = Ejecuta parcialmente las actividades planificadas al corte, o no las ejecuta.</b></td> <td><b>Según porcentaje de ejecución.</b></td> </tr> </tbody> </table>	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado	<b>X = Ejecuta todas las actividades planificadas al corte.</b>	<b>100,0%</b>	<b>X = Ejecuta parcialmente las actividades planificadas al corte, o no las ejecuta.</b>	<b>Según porcentaje de ejecución.</b>
	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado					
<b>X = Ejecuta todas las actividades planificadas al corte.</b>	<b>100,0%</b>						
<b>X = Ejecuta parcialmente las actividades planificadas al corte, o no las ejecuta.</b>	<b>Según porcentaje de ejecución.</b>						
Ponderación al Corte de la Acción	17,0%						
Número Acción	<b>12</b>						
Acciones y/o Metas Específicas	Informe ejecutivo por cada actividad, que dé cuenta de las percepciones de la comunidad y de la información levantada sobre el tema tratado y que sirva de insumo para la autoridad o jefaturas del Servicio de Salud (Formato Minsal).						
Medios de Verificación	i. Informe ejecutivo por cada actividad correspondiente al apartado "Actividades de participación", el cual debe contener las consideraciones técnicas y los aspectos solicitados según formato Minsal.						
Fórmula de Cálculo:	$(N^{\circ} \text{ de acciones cumplidas en el periodo} / N^{\circ} \text{ de acciones solicitadas en el periodo}) \times 100.$						
Cálculo del Cumplimiento:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Resultado Obtenido</th> <th>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>X = Entrega de todos los informes ejecutivos, por cada actividad desarrollada.</b></td> <td><b>100,0%</b></td> </tr> <tr> <td><b>X = Entrega parcial de los informes ejecutivos, o no son entregados.</b></td> <td><b>Según porcentaje de ejecución.</b></td> </tr> </tbody> </table>	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado	<b>X = Entrega de todos los informes ejecutivos, por cada actividad desarrollada.</b>	<b>100,0%</b>	<b>X = Entrega parcial de los informes ejecutivos, o no son entregados.</b>	<b>Según porcentaje de ejecución.</b>
	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado					
<b>X = Entrega de todos los informes ejecutivos, por cada actividad desarrollada.</b>	<b>100,0%</b>						
<b>X = Entrega parcial de los informes ejecutivos, o no son entregados.</b>	<b>Según porcentaje de ejecución.</b>						
Ponderación al Corte de la Acción	35,0%						
Número Acción	<b>13</b>						
Acciones y/o Metas Específicas	Encuestas de evaluación de cada una de las actividades correspondientes al apartado "Actividades de participación", junto a su minuta de resultados, la cual debe contener las consideraciones técnicas y los aspectos solicitados según formato Minsal.						
Medios de Verificación	i. Encuestas de Evaluación de cada actividad, junto a minuta de resultados. (Formato Minsal).						
Fórmula de Cálculo:	$(N^{\circ} \text{ de acciones cumplidas en el periodo} / N^{\circ} \text{ de acciones solicitadas en el periodo}) \times 100.$						
Cálculo del Cumplimiento:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Resultado Obtenido</th> <th>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>X = Entrega de todas las encuestas de evaluación de cada actividad, junto a minuta de resultados.</b></td> <td><b>100,0%</b></td> </tr> <tr> <td><b>X = Entrega parcial de las encuestas de evaluación de cada actividad, junto a minuta de resultados, o no son entregadas.</b></td> <td><b>Según porcentaje de ejecución.</b></td> </tr> </tbody> </table>	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado	<b>X = Entrega de todas las encuestas de evaluación de cada actividad, junto a minuta de resultados.</b>	<b>100,0%</b>	<b>X = Entrega parcial de las encuestas de evaluación de cada actividad, junto a minuta de resultados, o no son entregadas.</b>	<b>Según porcentaje de ejecución.</b>
	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado					
<b>X = Entrega de todas las encuestas de evaluación de cada actividad, junto a minuta de resultados.</b>	<b>100,0%</b>						
<b>X = Entrega parcial de las encuestas de evaluación de cada actividad, junto a minuta de resultados, o no son entregadas.</b>	<b>Según porcentaje de ejecución.</b>						
Ponderación al Corte de la Acción	11,0%						
Número Acción	<b>14</b>						
Acciones y/o Metas Específicas	Dar cuenta de la consulta ciudadana ejecutada en el corte II, III o IV, en la temática priorizada por el Servicio de Salud con aprobación del Departamento de Participación Ciudadana y Trato al Usuario de Minsal. Agregar indicación.						
Medios de Verificación	i. Cuestionario aplicado en la consulta ciudadana e Informe de sistematización y resultados según formato Minsal.						
Fórmula de Cálculo:	$(N^{\circ} \text{ de acciones cumplidas en el periodo} / N^{\circ} \text{ de acciones solicitadas en el periodo}) \times 100.$						
Cálculo del Cumplimiento:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Resultado Obtenido</th> <th>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>X = Entrega cuestionario aplicado en la Consulta Ciudadana.</b></td> <td><b>100,0%</b></td> </tr> </tbody> </table>	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado	<b>X = Entrega cuestionario aplicado en la Consulta Ciudadana.</b>	<b>100,0%</b>		
	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado					
<b>X = Entrega cuestionario aplicado en la Consulta Ciudadana.</b>	<b>100,0%</b>						





	<b>X = Entrega parcial del cuestionario, o no es entregado.</b>	<b>0.0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	17,0%	
Número Acción	<b>15</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Evaluación del Plan Anual de Participación del Servicio de Salud 2020.	
Medios de Verificación	i. Informe de evaluación del Anual de participación del Servicio de Salud, el cual debe contener las consideraciones técnicas y los aspectos solicitados (Formato Minsal).	
Fórmula de Cálculo:	$(N^{\circ} \text{ de acciones cumplidas en el periodo} / N^{\circ} \text{ de acciones solicitadas en el periodo}) \times 100.$	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = Entrega Informe de evaluación del Plan Anual de Participación según formato MINSAL.</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X = Entrega parcial del informe, o no es entregado.</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	20,0%	



**COMPROMISO DE GESTIÓN N°18**  
**POLÍTICA COMUNICACIONAL DE LOS**  
**SERVICIOS DE SALUD**



<b>Ámbito RISS:</b>	Gobernanza y Estrategia.
<b>Atributo:</b>	Un sistema de gobernanza único para toda la Red. Participación amplia.

## Objetivo General

Fomentar la competencia de la comunidad usuaria y funcionaria en relación a los temas de salud con enfoque de derechos, pertinencia intercultural, territorial, y de participación social, promoviendo el trabajo colaborativo entre los equipos de comunicaciones y de Participación, en los territorios dentro de las competencias de cada Servicio de Salud.

## Objetivos Específicos

- Diseñar un Plan Comunicacional Institucional, con lenguaje claro, que sea medible y evaluable.
- Implementar acciones concretas y evaluables contenidas en el Plan Comunicacional Institucional de forma colaborativa con los equipo de participación y acorde con las metas definidas por cada Servicio de Salud.
- Colaborar en forma estrecha y fluida en el fomento de la participación ciudadana, que permita bajar con fluidez la información que desde los equipos de salud se requiere dar a conocer.
- Empoderar a la comunidad usuaria y funcionaria como creadores activos de la información.
- Evaluar las estrategias del Plan Comunicacional Institucional implementadas.

## Marco Referencial y Consideraciones Técnicas

Durante el año 2019, los 29 Servicios de Salud del país levantaron un Plan Comunicacional Institucional, cuyo objetivo general fue “Mejorar el conocimiento de la comunidad usuaria y funcionaria en relación a los temas de salud con enfoque de derechos, pertinencia intercultural y territorial”<sup>51</sup>.

Esto ha sido un proceso que se inició el año 2018, instancia en que cada Servicio de Salud realizó un trabajo de evaluación y sistematización, en relación al impacto de las comunicaciones en los temas de salud en la comunidad usuaria y funcionaria, y el conocimiento de las prestaciones de la Red Asistencial en los correspondientes territorios, lo que sirvió como insumo para el levantamiento de las Orientaciones Técnicas de los periodos siguientes. (2019–2021).

Este proceso reveló el aporte de la comunidad usuaria y funcionaria, para reconocer aquellos sistemas de información apropiados a las realidades de cada territorio, condición socioeconómicas, culturales, entre otros. En éste sentido, “Cuando los ciudadanos están informados, ejercen sus derechos y deberes, se organizan libremente, asumen responsabilidades y definen estrategias para alcanzar metas comunes. Para lograr el

<sup>51</sup> Orientaciones Técnicas 2019, Compromiso de Gestión N°17 Política de comunicación sobre los logros y avances de la red, diseño de la misma, cartera de servicios y procesos para acceder a la atención en salud, con enfoque comunitario y pertinencia local para los miembros de la red asistencial y la comunidad.



empoderamiento de la comunidad usuaria y funcionaria, debemos proveer un sistema de información para la gestión, disponible en todos los puntos de la red, confiable y oportuna<sup>52</sup>.

Sin embargo, durante el año 2020 la pandemia producida por el COVID-19, y declarada a nivel mundial y nacional ha provocando en nuestra sociedad interrelacionada, afrontar obstáculos a los que no estábamos preparados. Es en este nuevo escenario, que las comunicaciones han cumplido un rol fundamental.

Es así como la información relacionada con la protección individual y colectiva a través de todos los medios de comunicación disponibles, han permitido un conocimiento mínimo de seguridad a las personas. Adicionalmente, se ha indicado desde los/as expertos/as las medidas sanitarias que debemos seguir. De este modo al Ministerio de Salud a través de toda la Red de salud disponible en nuestro país (pública o privada), le ha correspondido asumir este enorme desafío.

El punto de vista internacional, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNU) indica que: “La comunicación puede tener una importancia decisiva promoviendo el desarrollo humano en el nuevo clima de cambio social de nuestros días. Pero es necesario aumentar su sensibilización, participación y capacidad. Los conocimientos y tecnologías relacionados con la comunicación son esenciales para esta tarea, pero suelen estar subutilizados. Es necesario tomar medidas que impulsen una planificación y aplicación eficaces de los programas de comunicación. La participación popular se está convirtiendo en la cuestión decisiva de nuestra época. Y para que haya participación debe haber comunicación<sup>53</sup>.”

Además, según la directora de Comunicaciones del Instituto de Políticas Públicas en Salud, de la Universidad San Sebastián, Ana María Morales, en relación a los jóvenes: “Las campañas deben ser focalizadas, tienen que hablar en su lenguaje y en sus plataformas de comunicación, que hoy son las redes sociales. Además, se deben considerar a aliados estratégicos, es decir, referentes de similares características etarias o culturales, para que los jóvenes se sientan identificados<sup>54</sup> (Congreso “La inmunización en el Contexto de la Salud de los Adolescentes” Sao Paulo Brasil 2018).

Por ende, la información es una herramienta que resulta clave para la comunidad usuaria y funcionaria en salud, el conocimiento de la canasta de prestaciones, adónde dirigirse en caso de necesidad, especialmente en tiempos de pandemia, cuáles son las medidas básicas de protección, conocer el funcionamiento de los centros de salud, la importancia y el aporte del programa Salud Responde y las campañas de contingencia (como la del COVID-19 o de invierno). Y así mismo, conocer en trabajo colaborativo de las prestaciones de otras instituciones ligadas a salud, por ejemplo Fonasa y sus atribuciones, horarios de atención, beneficios etc.

Por lo antes expuesto, el Plan Comunicacional debe:

1. Seguir empoderando a la comunidad usuaria y funcionaria sobre el funcionamiento y el buen uso del sistema público de salud, ampliando la accesibilidad y el uso de la Red asistencial por parte de la comunidad,

---

<sup>52</sup> Modelo de atención integral en salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales/División de Gestión de la Red Asistencial/2005.

<sup>53</sup> La comunicación clave para el desarrollo humano. <http://www.fao.org/3/T1815S/t1815s01.htm>.

<sup>54</sup> Ibid.



para lo cual es necesario seguir en el camino trazado colaborativamente con los equipos a cargo en los territorios, utilizando distintos medios, sean estos audiovisuales, radiofonía, redes sociales, lo cual depende de la realidad territorial e interculturalidad de cada territorio.

2. Instalar una coordinación permanente entre los equipos de comunicaciones y participación ciudadana y trato al usuario, con el fin de formar una alianza estratégica que permita el desarrollo del Plan Comunicacional Anual Institucional de forma óptima y con metas medibles.
3. Promover la presencia de directivos, autoridades y equipos de salud en el desarrollo del Plan Comunicacional Institucional, para transmitir el compromiso que debe tener la institucionalidad hacia la comunidad usuaria y funcionaria.
4. Fomentar y utilizar un lenguaje claro en la entrega de información hacia funcionarios y usuarios (sin tecnicismos, incluir el significado en el uso de las siglas), ya que toda persona debe tener claridad y certeza sobre las condiciones de tiempo, modo y lugar en las que podrían solucionar sus inquietudes, gestionar sus trámites, y así converger en una correcta atención de salud a quienes lo requieran.
5. Promover campañas informativas a la comunidad usuaria y funcionaria relacionado con COVID-19, con la finalidad de realizar una difusión preventiva y de cuidado de forma permanente a la comunidad usuaria.
6. Educar e informar a la comunidad funcionaria y usuaria sobre el uso y funcionamiento de los centros de salud y de los servicios de urgencia, horarios, programas que se ejecutan en los distintos establecimientos de salud y de la Red asistencial en general, priorizando la información dentro de los territorios, con pertinencia intercultural y con lenguaje claro.
7. Señalar con claridad en el Informe de Cierre del Plan Comunicacional Institucional, las debilidades y fortalezas que se le presentaron al equipo para la implementación y/o abordaje del Plan presentado. Así mismo, las fortalezas detectadas, que permitan mejorar y corregir propuestas, y conservar las actividades que han dado resultado.
8. Fomentar trabajo colaborativo intersectorial en los territorios; a modo de ejemplo: trabajo conjunto con distintos servicios públicos y/o entidades privadas, gobiernos regionales (COREs), municipios, entre otros.
9. Promover campañas informativas a la comunidad usuaria y funcionaria en temas emergentes (migración, enfoque de género, pueblos originarios), con enfoque de derechos.

## Definiciones y Terminología

- **Cartera de Servicios:** Conjunto de acciones preventivas, curativas, de rehabilitación y cuidados paliativos que oferta un determinado establecimiento de salud. Esta cartera es de conocimiento público, de manera que permita tanto, la programación de las horas de los profesionales asociados a ella, como, la orientación del usuario respecto de las acciones a las cuales puede acceder en el establecimiento de salud.
- **Estrategia:** Una estrategia es un plan que integra las metas de una organización, las políticas y acciones secuenciales hacia un todo cohesionado. Una estrategia bien formulada ayuda al gestor a coordinar los recursos de la organización hacia un resultado esperado, basada en sus competencias internas, anticipando los cambios del entorno y la contingencia.
- **Pertinencia Intercultural de la Atención:** Es la adecuación de la atención de salud a las necesidades y características de los usuarios de acuerdo a su cultura. En el caso de pueblos originarios, consiste en la consideración, valoración y respeto de los conceptos de salud y enfermedad que involucra su cosmovisión, así como a sus formas de recuperar y mantener la salud.
- **Lenguaje Claro:** Las personas necesitan entender la información que se les ofrece desde los



establecimientos de salud para ejercer derechos y también obligaciones, sin tecnicismos, y de ser necesario el uso de siglas, se debe poner su significado entre paréntesis. La mala comunicación, difícil, incomprensible, relega a los destinatarios de esa comunicación al no estar en situación de igualdad frente al mensaje. “Si se utiliza un lenguaje claro, el mensaje llegará a su destinatario y éste lo comprenderá. Por ello, el impacto del mensaje será mayor si se utiliza un lenguaje comprensible porque resultará accesible y es preferido por su lector o escuchante. Lo que no entendemos, nos produce desconfianza. Lo que entendemos, genera esa confianza. Así, el cumplimiento de las obligaciones ciudadanas será consecuencia directa de la generación de confianza en las instituciones, lo que pasa por la exposición clara de normas justas”.

- **Red Asistencial:** Conjunto de establecimientos asistenciales públicos, establecimientos municipales de atención primaria de salud, que forman parte del Servicio de Salud y los demás establecimientos públicos o privados que suscriban convenio con el Servicio de Salud respectivo, los cuales deberán colaborar y complementarse entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población.

### Nombre del Indicador

- **18.1** Porcentaje de acciones ejecutadas, medidas y evaluadas del Plan Comunicacional Institucional en el periodo.

### Meta Nacional Año 2021

Al año 2021, los 29 Servicios de Salud implementan y evalúan participativamente el **100,0%** de sus acciones propuestas en el Plan Comunicacional Institucional, de forma participativa y con metodologías cuantitativas y cualitativas.

### Metodología de Evaluación

#### Ficha General Indicador

Nombre del Indicador	<b>18.1 Porcentaje de acciones ejecutadas, medidas y evaluadas del Plan Comunicacional Institucional en el periodo.</b>
Fórmula de Cálculo	(Número de acciones implementadas para el cumplimiento del Plan Comunicacional Institucional en el periodo t / Número de acciones solicitadas para el cumplimiento del Plan Comunicacional Institucional en el periodo t) x 100.
Fuente de Datos	Formatos de reportería MINSAL.

#### Metas y Ponderaciones por Corte

	I Corte	25% de la evaluación anual
Número Acción	1	
Acciones y/o Metas Específicas	Diseño de Plan Comunicacional en un trabajo colaborativo entre encargadas/os de Participación y Comunicaciones de los SS.	
Medios de Verificación	i. Plan Comunicacional Institucional según formato MINSAL.	
Fórmula de Cálculo:	(Sumatoria porcentajes de cumplimiento ponderados obtenidos según los requisitos del plan comunicacional institucional en el periodo t / Sumatoria porcentajes de cumplimiento	



ponderados de los requisitos del Plan Comunicacional Institucional máximo a obtener) x 100.

Cálculo del Cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	Diseño de Plan Comunicacional Institucional	8,00%
	Objetivo Estratégico/General.	8,00%
	Objetivo(s) Específico(s).	8,00%
	Actividad(es).	8,00%
	Descripción Metodológica.	8,00%
	Producto Esperado o Resultado/Impacto.	8,00%
	Medio Verificador.	8,00%
	Responsables.	8,00%
	Participantes.	8,00%
Observaciones.	8,00%	
Cronograma.	20,00%	
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

II Corte		25% de la evaluación anual
Número Acción	2	
Acciones y/o Metas Específicas	Avance del Plan Comunicacional Institucional según cronograma.	
Medios de Verificación	i. Informe de avance de actividades según formato MINSAL.	
Fórmula de Cálculo:	(Sumatoria porcentajes de cumplimiento ponderados obtenidos según los requisitos del plan comunicacional institucional en el periodo t / Sumatoria porcentajes de cumplimiento ponderados de los requisitos del Plan Comunicacional Institucional máximo a obtener) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	Portada	3,00%
	Índice	3,00%
	Introducción	5,00%
	Lenguaje claro	10,00%
	Avance de cronograma	24,00%
	Participación de autoridades	15,00%
	Actividades con intersector	10,00%
	Medios de verificación según instrumento MINSAL	15,00%
	Sistematización de evaluación presencial según formato MINSAL	5,00%
Evaluación general	10,00%	
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

III Corte		25% de la evaluación anual
Número Acción	3	
Acciones y/o Metas Específicas	Avance del Plan Comunicacional Institucional según cronograma.	
Medios de Verificación	i. Informe de avance de actividades según formato MINSAL.	
Fórmula de Cálculo:	(Sumatoria porcentajes de cumplimiento ponderados obtenidos según los requisitos del plan comunicacional institucional en el periodo t / Sumatoria porcentajes de cumplimiento ponderados de los requisitos del Plan Comunicacional Institucional máximo a obtener) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	Portada	3,00%
	Índice	3,00%
	Introducción	5,00%
Lenguaje claro	10,00%	



	<b>Avance de cronograma</b>	<b>24,00%</b>
	<b>Participación de autoridades</b>	<b>15,00%</b>
	<b>Actividades con intersector</b>	<b>10,00%</b>
	<b>Medios de verificación según instrumento MINSAL</b>	<b>15,00%</b>
	<b>Sistematización de evaluación presencial según formato MINSAL</b>	<b>5,00%</b>
	<b>Evaluación general</b>	<b>10,00%</b>
<b>Ponderación al Corte de la Acción</b>		<b>100,0%</b>

<b>IV Corte</b>		<b>25% de la evaluación anual</b>
Número Acción	<b>4</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Evaluación del impacto luego de la ejecución de las estrategias utilizadas en el Plan Comunicacional Institucional, junto a los equipos de participación, comunicaciones y comunidad usuaria y funcionaria.	
Medios de Verificación	i. Informe final sobre el proceso desarrollado a través de las estrategias implementadas.	
Fórmula de Cálculo:	$(\text{Número de actividades realizadas para el cumplimiento del Plan Comunicacional Institucional en el periodo } t / \text{Número de actividades solicitadas para el cumplimiento del Plan Comunicacional Institucional en el periodo } t) \times 100.$	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>0,0%</b>
<b>Ponderación al Corte de la Acción</b>		<b>40,0%</b>
Número Acción	<b>5</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Reflexiones del proceso implementado, análisis, interpretación crítica y recomendaciones por los equipos de participación ciudadana y comunicaciones.	
Medios de Verificación	i. Informe final sobre el proceso desarrollado a través de las estrategias implementadas.	
Fórmula de Cálculo:	$(\text{Número de actividades realizadas para el cumplimiento del Plan Comunicacional Institucional en el periodo } t / \text{Número de actividades solicitadas para el cumplimiento del Plan Comunicacional Institucional en el periodo } t) \times 100.$	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>0,0%</b>
<b>Ponderación al Corte de la Acción</b>		<b>40,0%</b>
Número Acción	<b>6</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Encuesta y síntesis (tabulación) de los resultados de las evaluaciones de las actividades involucradas con comunidad usuaria y funcionaria.	
Medios de Verificación	i. Informe final sobre el proceso desarrollado a través de las estrategias implementadas.	
Fórmula de Cálculo:	$(\text{Número de actividades realizadas para el cumplimiento del Plan Comunicacional Institucional en el periodo } t / \text{Número de actividades solicitadas para el cumplimiento del Plan Comunicacional Institucional en el periodo } t) \times 100.$	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>0,0%</b>
<b>Ponderación al Corte de la Acción</b>		<b>20,0%</b>

## Anexos

Anexo N°1: "Cuadro explicativo de acciones y medios de verificación".

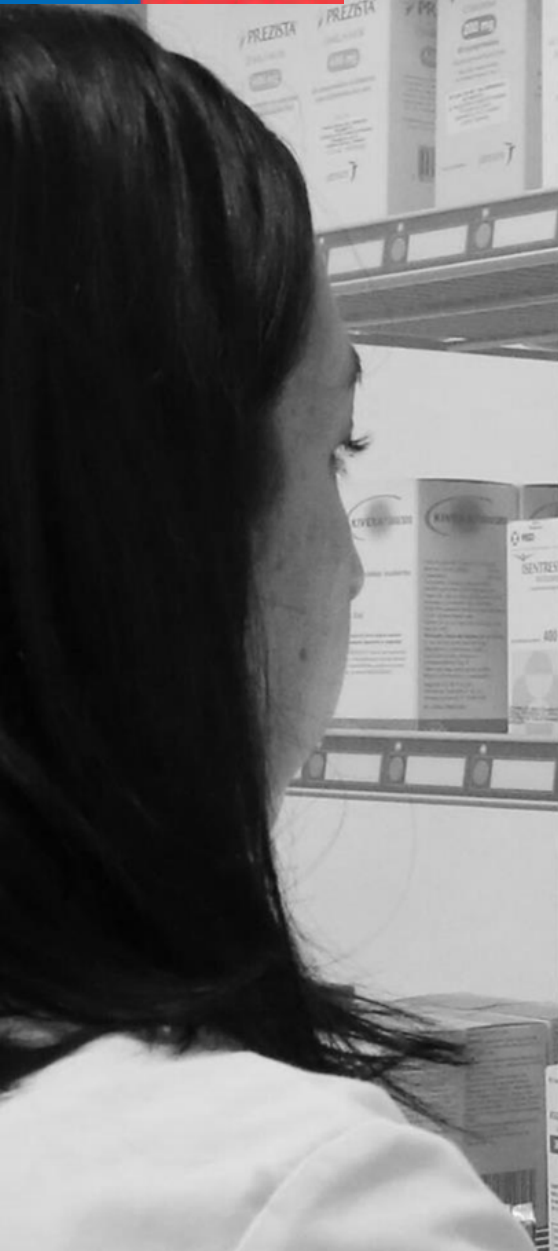




Periodo de Medición	Acciones	Medios de Verificación
Primer Corte	Diseño de Plan Comunicacional Institucional, considerando el trabajo realizado en emergencia sanitaria el año 2020, para la propuesta de implementación de acciones año 2021, con enfoque de derechos, pertinencia intercultural y territorial.	Plan Comunicacional Institucional según formato MINSAL.
	- Objetivo Estratégico/General	
	- Objetivo(s) Específico(s)	
	- Actividad(es)	
	- Descripción Metodológica	
	- Producto Esperado o Resultado/Impacto	
	- Medio Verificador	
	- Responsables	
	- Participantes	
	- Observaciones	
	- Cronograma	
	El Plan Comunicacional Institucional debe ser construido bajo la referencia técnica de los equipos de comunicaciones y Participación Ciudadana y Trato al Usuario.	
	Incluir al menos una actividad masiva (1 por cada corte), por canales virtuales y presenciales, que entregue información de salud según prioridades a nivel local (dirigida a usuarios y funcionarios) con presencia de las autoridades del sector salud.	
Dos actividades anuales organizadas colaborativamente con el intersector (radios locales, canales de TV regionales, diarios locales/regionales, entre otros), en temas de interés territorial (educación, infancia, diversidad sexual, etc.).		
Todas las actividades que contemplen la transmisión de contenidos como: capacitaciones, charlas, diálogos participativos, jornadas de trabajo, plazas ciudadanas, entre otros; deben ser evaluados por medio de encuestas de opinión u otra metodología que rescate el nivel de aprendizaje o impacto de dicha actividad en los participantes.		
Entrega de la información con lenguaje claro, evitar tecnicismos, y de ser necesario el uso de siglas (incluir entre paréntesis el significado de las mismas) Esta acción se desarrollara durante los cuatro cortes.		
Avance de actividades ejecutadas al II corte (según formato MINSAL).		
Avance de actividades ejecutadas al III corte (según formato MINSAL).		
Avance y cierre de actividades ejecutadas al IV corte (según formato MINSAL).		
Evaluación de las estrategias implementadas, identificando debilidades y fortalezas.		
Segundo Corte		Informe de avance que indique porcentaje de actividades ejecutadas al II corte, (según formato MINSAL): en correlación a cronograma de trabajo del Plan Comunicacional. Fotografías, notas de prensa, listado de participantes que contenga fecha, localidad, actividad.
Tercer Corte		Informe de avance que indique porcentaje de actividades ejecutadas al



		III corte (según formato MINSAL): en correlación a cronograma de trabajo del Plan Comunicacional Fotografías, notas de prensa, listado de participantes que contenga fecha, localidad, actividad.
Cuarto Corte		Informe de avance de actividades ejecutadas al IV corte (según formato MINSAL): en correlación a cronograma de trabajo del Plan Comunicacional Fotografías, notas de prensa, listado de participantes que contenga fecha, localidad, actividad.
		Informe ejecutivo que dé cuenta de las evaluaciones de impacto realizadas periódicamente, sumando análisis crítico de las debilidades y fortalezas identificadas al finalizar la ejecución del Plan Comunicacional Institucional. Proponer estrategias de mejora para el siguiente período.



# COMPROMISO DE GESTIÓN N°19 OPTIMIZACIÓN DE LOS PROCESOS DE GESTIÓN DE INVENTARIO DE MEDICAMENTOS EN FARMACIAS HOSPITALARIAS



<b>Ámbito RISS:</b>	Organización y Gestión.
<b>Atributo:</b>	10. Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico.

## Objetivo General

Mejorar la gestión y el uso de los recursos públicos asignados a las Instituciones del Sistema Nacional de Servicios de Salud, a través del fortalecimiento de los procesos claves de la cadena de suministro de medicamentos de los Establecimientos de alta, mediana y baja complejidad de la Red Asistencial.

## Objetivos Específicos

- Disponer y realizar un inventario semestral valorizado de todos los medicamentos en los establecimientos hospitalarios de alta, mediana y baja complejidad dependientes del Servicio de Salud.
- Disponer de información de compras, existencias y consumos de medicamentos en los establecimientos hospitalarios de alta, mediana y baja complejidad dependientes del Servicio de Salud.
- Documentar el proceso logístico de medicamentos desde los establecimientos hospitalarios de baja complejidad dependientes del Servicio de Salud.
- Disponer de los arsenales farmacológicos vigentes de los Establecimientos de baja complejidad dependientes de los Servicios de Salud.
- Dar continuidad a las iniciativas implementadas en la Red, en el ámbito de abastecimiento y farmacia.
- Fortalecer la gestión de procesos en la cadena de abastecimiento y suministro de medicamentos de los establecimientos de alta, mediana y baja complejidad de la Red Asistencial.
- Definir la merma y su clasificación, para determinar mediadas de control y minimización de ella.
- Disponer de información valorizada de medicamentos mermados de los establecimientos de alta, mediana y baja complejidad.

## Marco Referencial y Consideraciones Técnicas

La Subsecretaría de Redes Asistenciales ha identificado como uno de los factores críticos para la entrega de servicios de salud, todo aquello que se vincula con la gestión de medicamentos. Lo anterior, desde el punto de vista presupuestario - financiero (aumento del gasto subtítulo 22), como desde el punto de vista asistencial.

En materia presupuestaria, la cuenta de farmacia representa junto al ítem de recursos humanos, una de las partidas que generan los niveles de gastos más relevantes dentro del presupuesto de los Servicios de Salud. En el caso del subtítulo 22, farmacia representa un porcentaje del orden del 25,0%. En materia asistencial, la dispensación oportuna y completa de medicamentos constituyen una fuerza de apoyo crítica para la prestación de salud de calidad, en cualquier nivel de complejidad, ya sea, procedimientos, exámenes o toma de muestras, consultas médicas, de especialidad, intervenciones quirúrgicas, etc.

Dada esta relevancia en la atención clínica y su representación significativa en el gasto del sector, las materias de gestión vinculadas a implementar estrategias que generen mayor productividad y eficiencia en la utilización de los recursos públicos, por un lado, y el mejoramiento de estándares de calidad de las atenciones de salud de



los establecimientos por otro, requiere generar la sinergia entre las unidades clínicas y las unidades administrativas involucradas en el proceso logístico como un todo.

Producto de lo anterior y de la criticidad de gestionar los stocks en toda la cadena de suministro (abastecimiento y farmacia como un proceso integrado independientemente de su nivel de dependencia) y de la trazabilidad del mismo, con la finalidad de minimizar los quiebres de stock, vencimientos y otros aspectos, se requiere implementar procesos estandarizados y sistemas convergentes.

A mayor abundamiento, los establecimientos hospitalarios mantienen distintos mecanismos para gestionar los medicamentos; partiendo desde el requerimiento y mecanismo de compra, recepción y almacenamiento del producto, hasta la dispensación, entrega y/o administración al paciente. Procesos en los que intervienen dos subdirecciones (Médica y de Recursos Físicos y Financieros). Por otra parte, existen sistemas de registro en diversas modalidades y completitudes, y que no siempre operan integradamente a nivel del proceso o cubren éste a cabalidad. Dado lo ya expuesto, y considerando que para el año 2021 se mantiene como uno de los objetivos de esta Subsecretaría avanzar hacia un proceso logístico a nivel de medicamentos más integrado, este compromiso de gestión será la fuente de información primaria a considerar.

Para operacionalizar lo anterior, el presente Compromiso de Gestión busca fortalecer los procesos claves de la cadena de suministro de medicamentos de la Red Asistencial, mediante el levantamiento de información de inventarios valorizados semestrales de los stocks de medicamentos y la rotación de los mismos, así como, cuantificar y conocer las mermas de los establecimientos de alta, mediana y baja complejidad. Para tal efecto, la metodología aplicada para desarrollar los procesos de inventario en las bodegas se basa en:

- Ley 20.724 modifica el Código Sanitario en materia de regulación de farmacia y medicamentos.
- Decreto N°466/84 Reglamento de Farmacias, Droguerías, Almacenes Farmacéuticos, Botiquines y Depósitos Autorizados.
- Guía para la Gestión del Uso de Medicamentos, del depto. de políticas farmacéuticas de la Subsecretaría de Salud Pública. MINSAL 2010.
- Norma Técnica N°147 de Buenas Prácticas de Almacenamiento y Distribución de Medicamentos para Droguerías y Depósitos Farmacéuticos.
- Definición de Criterios Contables a aplicar en partidas Contables relevantes en el Sector Salud, con ocasión de la adopción de las "NICSP-CGR". ORD C7/N° 1922 del 25.04.2019.
- ORD C7/N° 1210 del 20.03.2019 "Instruye a los establecimientos nuevo proceso de traspaso de medicamentos e insumos entre los establecimientos de la red".
- Guía Organización y funcionamiento de la atención farmacéutica en hospitales del SNSS, 1999.

## Definiciones y Terminología

- **Almacenamiento:** Acción de almacenar productos farmacéuticos y materiales en condiciones que permita asegurar la estabilidad, efectividad y seguridad de los medicamentos y dispositivos de uso médico.
- **Arsenal Farmacoterapéutico:** Conjunto de medicamentos seleccionados y evaluados por el Comité de Farmacia y Terapéutica para ser utilizados en el establecimiento.
- **Bodega:** Recinto de uso exclusivo para el almacenamiento de medicamentos y dispositivos médicos, la cual



debe asegurar las condiciones de conservación y procurar niveles de existencias requeridos para una atención de calidad.

- **Dispensación:** entrega informada del producto correcto al paciente correcto al paciente correcto en el momento apropiado y en la forma farmacéutica correcta.
- **Dispensación por dosis diaria:** es la dispensación realizada para un paciente, para 24 horas, en un envase que contiene 1 dosis única e individualizada de un medicamento, lo cual es preparado por el Servicio de Farmacia y entregado al personal clínico del Servicio correspondiente.
- **Dispensación de medicamentos a pacientes de atención abierta:** es la entrega de medicamentos a paciente, según prescripción médica cumpliendo la normativa vigente en relación a los protocolos de las patologías GES, LRS, PM y otras, a través de un sistema manual o semi automatizado que el Establecimiento disponga.
- **Gestión de adquisición:** conjunto de actividades que garantiza la disponibilidad de los medicamentos y dispositivos médicos necesarios para tratar a los pacientes de los establecimientos asistenciales.
- **Gestión de Inventario:** conjunto de actividades que otorga ordenamiento y busca dar respuesta, a la demanda de medicamentos en un periodo determinado, considerando la disponibilidad de espacio y características de estos con la finalidad de evitar mermas.
- **Merma:** Se considera como merma de medicamento, aquellos que quedan imposibilitados de su uso a causa de: caducidad por fecha de vencimiento, diferencias negativas en el inventario, productos que en forma posterior a su recepción perdieron su cadena de frío o no fueron almacenados en las condiciones apropiadas, y por último productos que presentan defectos o roturas por su manipulación en forma posterior a su recepción conforme, por lo cual se consideran no aptas para su uso.
- **Servicio de Salud:** para el presente COMGES se considerará como Servicio de Salud al conjunto de Establecimientos de alta, mediana, y baja complejidad que componen la Red del Servicio.

## Nombre del Indicador

- **19.1** Porcentaje de cumplimiento de actividades que facilitan la optimización y mejora de la gestión de medicamentos en el periodo.
- **19.2** Porcentaje de medicamentos mermados respecto del total compras valorizadas.

## Meta Nacional Año 2021

- Al año 2021, los Servicios de Salud logran cumplir un **100,0%** del indicador sobre las actividades que faciliten la optimización, mejora y control de la gestión de medicamentos.
- Al año 2021, los Servicios de Salud deben registrar una merma **menor o igual a un 3,0%** respecto de los ingresos (compras) para el mismo período.

## Metodología de Evaluación

Indicador	Ponderación por Corte
19.1 Porcentaje de cumplimiento de actividades que facilitan la optimización y mejora de la gestión de medicamentos en el periodo.	2,0%



19.2 Porcentaje de medicamentos mermados respecto del total compras valorizadas.	2,0%
--	------

### Ficha General Indicador

Nombre del Indicador	<b>19.1 Porcentaje de cumplimiento de actividades que facilitan la optimización y mejora de la gestión de medicamentos en el periodo.</b>
Fórmula de Cálculo	(Número de actividades ejecutadas y validadas en el periodo t / Número de actividades solicitadas en el periodo t) x 100.
Fuente de Datos	Formatos MINSAL para reportería de información.

### Metas y Ponderaciones por Corte

	I Corte	30% de la evaluación anual
Número Acción	<b>1</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	<p>El SS enviará a MINSAL (subir archivo a carpeta compartida de COMGES) archivo Excel según Anexo 3, que informe el arsenal farmacológico vigente al 31 de marzo 2021, de todos los establecimientos de baja complejidad de la Red Asistencial.</p> <p>Para el caso de los establecimientos de Alta y Mediana complejidad, el Servicio de Salud deberá subir archivo a carpeta compartida de COMGES, donde informe si los Arsenales reportados en COMGES 19 año 2020 fueron actualizados. En caso de existir actualización deberá enviar Resolución vigente y en caso de no haber existido actualización, deberá declararlo.</p>	
Medios de Verificación	<p>i. Anexo 3: "Arsenal Farmacologico Servicio de Salud_Establecimientos de Baja Complejidad".</p> <p>ii. Resoluciones vigentes de Arsenales Farmacologicos de Establecimientos de Alta, Mediana y Baja Complejidad.</p>	
Fórmula de Cálculo:	(Número de actividades ejecutadas y validadas en el periodo t / Número de actividades solicitadas en el periodo t) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,00%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>0,00%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	30,0%	
Número Acción	<b>2</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	<p>El SS enviará a MINSAL (subir archivo a carpeta compartida de COMGES) archivo Excel según Anexo 3, que informe el arsenal farmacológico vigente al 31 de marzo 2021, de todos los establecimientos de baja complejidad de la Red Asistencial, el detalle de los fármacos que componen el arsenal farmacológico deberá informarse según Homologación a código ZGEN de CENABAST.</p> <p>Para este corte, el alcance de la Homologación será exigido sólo en el Anexo 3, sin perjuicio del avance en la homologación de códigos en los sistemas de información de cada establecimiento.</p>	
Medios de Verificación	<p>i. Anexo 3: "Arsenal Farmacologico Servicio de Salud_Establecimientos de Baja Complejidad".</p>	
Fórmula de Cálculo:	(Número de actividades ejecutadas y validadas en el periodo t / Número de actividades solicitadas en el periodo t) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,00%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>0,00%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	30,0%	
Número Acción	<b>3</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Envío de Manual(es) de procedimientos vigentes asociados al proceso logístico de medicamentos y su nivel de adopción en cada Establecimiento Hospitalario de baja complejidad.	



Esta actividad se entenderá cumplida en la medida que el Servicio de Salud efectúe las siguientes acciones con carácter de copulativas:

1. **Envío de Manual(es) de procedimientos vigentes asociados al proceso logístico de medicamentos:** se entenderá por envío al posicionamiento de los manuales vigentes de Abastecimiento y/ o Farmacia de los Hospitales de baja complejidad dependientes del Servicio de Salud respectivo en la Carpeta Compartida del compromiso de gestión. En caso que algún establecimiento dependiente de baja complejidad no cuente con manual vigente, el Servicio de Salud deberá subir a la carpeta compartida un certificado que indique dicha situación.
2. **Nivel de Adopción:** el Servicio de Salud deberá certificar el nivel de adopción del manual de procedimiento mediante el envío a la carpeta compartida del COMGES de un certificado que dê cuenta de aquellas actividades/Acciones que efectivamente se realicen en los Establecimientos de baja complejidad.

Para estos efectos el nivel de adopción deberá determinarse según la siguiente fórmula de cálculo y será el resultado de ella, en porcentaje, el que deberán indicar en el mencionado certificado.

$$\left( \frac{\text{N}^\circ \text{ de actividades del Manual de procedimientos efectivamente ejecutadas por el Establecimiento}}{\text{N}^\circ \text{ total de actividades identificadas en Manual de procedimiento del Establecimiento}} \right) * 100$$

Serán los auditores de los Servicios de Salud, los encargados de certificar, por una parte, que los Hospitales de baja complejidad, dependiente del Servicio de Salud respectivo cuenten o no con Manuales de procedimientos logísticos de gestión de medicamentos vigentes y, por otra parte, el nivel de adopción de ellos en cada establecimiento de baja complejidad. Para lo cual, se anexan los siguientes certificados.

Medios de Verificación	i. Subir a carpeta compartida del Compromiso de Gestión los procedimientos vigentes y su nivel de adopción de cada Establecimiento baja complejidad que componen la Red del Servicio de Salud respectivo, según los formatos dispuestos en el presente COMGES.	
Fórmula de Cálculo:	(Número de actividades ejecutadas y validadas en el periodo t / Número de actividades solicitadas en el periodo t) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,00%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>0,00%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	40,0%	

	<b>II Corte</b>	<b>35% de la evaluación anual</b>
Número Acción	<b>4</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Inventario valorizado y firmado por el director del establecimiento (de alta, mediana y baja complejidad) y del Servicio de Salud de las existencias de medicamentos al 30/06/2021.	
Medios de Verificación	<ol style="list-style-type: none"> <li>i. El Servicio de Salud, debiera subir a carpeta compartida del COMGES, el inventario valorizado de sus establecimientos de alta, mediana y baja complejidad. El reporte de esta actividad deberá efectuarse en el Anexo N°2 "Inventario Valorizado de Medicamentos" y deberá reflejar el stock del producto disponible en bodega, ya sea, bodega central (abastecimiento) o bodega de farmacia, u otra. Para efectos del presente COMGES se podrán considerar los medios digitales de registro (Sistemas de Información) de cada Establecimiento para reportar el inventario a la fecha de corte establecida.</li> <li>ii. Anexo N°4: "Resumen Inventario Valorizado Firmado por Director de Establecimiento y Director de Servicio de Salud"</li> </ol>	
Fórmula de Cálculo:	(Número de actividades ejecutadas y validadas en el periodo t / Número de actividades solicitadas en el periodo t) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,00%</b>





	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>0,00%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	50,0%	
Número Acción	<b>5</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	El SS enviará a MINSAL (subir archivo a carpeta compartida de COMGES), Planilla Consolidada de "Registro de ingresos y egresos de Fármacos en el semestre respectivo" (ver anexo 1). Para este corte, será válido el archivo que contenga los Ingresos y Egresos de Fármacos entre el 01/01/2021 al 30/06/2021 en los establecimientos hospitalarios de alta, mediana y baja complejidad del Servicio de Salud.	
Medios de Verificación	i. Anexo 1: Planilla "Registro de ingresos y egresos de Fármacos en el semestre respectivo".	
Fórmula de Cálculo:	(Número de actividades ejecutadas y validadas en el periodo t / Número de actividades solicitadas en el periodo t) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,00%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>0,00%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	50,0%	

<b>III Corte</b>	<b>No Aplica</b>
------------------	------------------

	<b>IV Corte</b>	<b>35% de la evaluación anual</b>
Número Acción	<b>6</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Inventario valorizado y firmado por el director del establecimiento (de alta, mediana y baja complejidad) y del Servicio de Salud de las existencias de medicamentos al 31/12/2021.	
Medios de Verificación	<p>i. El Servicio de Salud, deberá subir a carpeta compartida del COMGES, el inventario valorizado de sus establecimientos de alta, mediana y baja complejidad. El reporte de esta actividad deberá efectuarse en el Anexo N°2 "Inventario Valorizado de Medicamentos" y deberá reflejar el stock del producto disponible en bodega, ya sea, bodega central (abastecimiento) o bodega de farmacia, u otra. Para efectos del presente COMGES se podrán considerar los medios digitales de registro (Sistemas de Información) de cada Establecimiento para reportar el inventario a la fecha de corte establecida.</p> <p>ii. Anexo N°4: "Resumen Inventario Valorizado Firmado por Director de Establecimiento y Director de Servicio de Salud".</p>	
Fórmula de Cálculo:	(Número de actividades ejecutadas y validadas en el periodo t / Número de actividades solicitadas en el periodo t) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,00%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>0,00%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	50,0%	
Número Acción	<b>7</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	El SS enviará a MINSAL (subir archivo a carpeta compartida de COMGES) Planilla Consolidada de "Registro de ingresos y egresos de Fármacos en el semestre respectivo" (ver anexo 1). Para este corte, será válido el archivo que contenga los Ingresos y Egresos de Fármacos entre el 01/07/2021 al 31/12/2021 en los establecimientos hospitalarios de alta, mediana y baja complejidad del Servicio de Salud.	
Medios de Verificación	i. Planilla "Registro de ingresos y egresos de Fármacos en el semestre respectivo" (ver anexo 1).	
Fórmula de Cálculo:	(Número de actividades ejecutadas y validadas en el periodo t / Número de actividades solicitadas en el periodo t) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,00%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>0,00%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	50,0%	



## Ficha General Indicador

Nombre del Indicador	<b>19.2 Porcentaje de medicamentos mermados respecto del total compras valorizadas.</b>
Fórmula de Cálculo	(Valorizado de medicamentos mermados en el periodo / Total ingresos (compra del semestre) de medicamentos valorizados en el mismo periodo) x 100.
Fuente de Datos	Formatos MINSAL para reportería de información.

## Metas y Ponderaciones por Corte

<b>I Corte</b>	<b>No Aplica</b>
----------------	------------------

<b>II Corte</b>	<b>50% de la evaluación anual</b>	
Número Acción	<b>1</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	El SS enviará a MINSAL (subir archivo a carpeta compartida de COMGES) archivo en formato digital según Anexo N°5, de la merma de medicamentos valorizada, respecto de las compras de fármacos al 30 de junio 2021, así como su definición y clasificación.	
Medios de Verificación	i. Anexo N°5: "Informe Merma de Medicamentos valorizada, para establecimientos de Alta, Mediana y Baja Complejidad".	
Fórmula de Cálculo:	(Valorizado de medicamentos mermados en el periodo / Total ingresos (compra del semestre) de medicamentos valorizados en el mismo periodo) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≤ 3,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>3,4% ≥ X &gt; 3,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>3,8% ≥ X &gt; 3,4%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>4,2% ≥ X &gt; 3,8%</b>	<b>25,0%</b>
<b>X &gt; 4,2%</b>	<b>0,0%</b>	
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

<b>III Corte</b>	<b>No Aplica</b>
------------------	------------------


<b>IV Corte</b>	<b>50% de la evaluación anual</b>	
Número Acción	<b>2</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	El SS enviará a MINSAL (subir archivo a carpeta compartida de COMGES) archivo en formato digital según Anexo N°5, de la merma de medicamentos valorizada, respecto de las compras de fármacos al 31 de diciembre 2021, así como su definición y clasificación.	
Medios de Verificación	i. Anexo N°5: "Informe Merma de Medicamentos valorizada, para establecimientos de Alta, Mediana y Baja Complejidad".	
Fórmula de Cálculo:	(Valorizado de medicamentos mermados en el periodo / Total ingresos (compra del semestre) de medicamentos valorizados en el mismo periodo) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≤ 3,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>3,4% ≥ X &gt; 3,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>3,8% ≥ X &gt; 3,4%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>4,2% ≥ X &gt; 3,8%</b>	<b>25,0%</b>
<b>X &gt; 4,2%</b>	<b>0,0%</b>	
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	




## Anexos

### Anexo N°1: "Registro de ingresos y de egresos de fármacos en el semestre respectivo".


La lógica de llenado del Anexo N°1 deberá reflejar la cadena de suministro asociado al ingreso y egreso de fármacos en el Hospital. Para ello el archivo excel considera tres hojas (planillas), que responden a las tres grandes unidades involucradas en el proceso de gestión de medicamentos, que se coordinan internamente para la entrega final de fármacos a paciente, independiente de la organización local. En ese sentido se identifica como una primera entrada del fármaco al hospital en Bodega de Abastecimiento. Esta unidad, independiente de su nomenclatura local, deberá completar la Hoja del Anexo denominada "Planilla Abastecimiento".

 <b>Registro de Ingresos y de egresos de Fármacos en el trimestre respectivo</b>												
Código DEIS Servicio de Salud	Código DEIS Establecimiento	Código Único de Fármaco	Código de bodega del Fármaco Establecimiento	Fármaco o Medicamento (DCI)	Medicamento corresponde al Arsenal del Establecimiento (SI/NO)	Precio Unitario	Precio Total	Mes de recepción del medicamento	Cantidad recepcionada	Unidad de medida	Mes de salida de medicamento a Farmacia Central	Cantidad de salida a Farmacia

Una segunda entrada o bien, una entrada intermedia está asociada a la recepción de farmacia central (o quien haga sus veces en el hospital), del medicamento respectivo. Esta unidad, independiente de su nomenclatura local, deberá completar la Hoja del Anexo denominada "Planilla Farmacia Central".

 <b>Registro de Ingresos y de egresos de Fármacos en el trimestre respectivo</b>									
Código DEIS Servicio de Salud	Código DEIS Establecimiento	Código Único de Fármaco	Código de bodega del Fármaco Establecimiento	Mes de recepción del medicamento	Fármaco o Medicamento (DCI)	Cantidad recepcionada Farmacia Central	Unidad de Medida	Unidad, Punto de Dispensación o Servicio Clínico de despacho del farmaco	Cantidad de medicamentos de salida a Unidad, Punto de Dispensación o Servicio Clínico

Con todo, la última entrada del medicamento se identifica en la Unidad, punto de dispensación o botiquín Servicio Clínico, según sea la orgánica particular el Establecimiento. Esta unidad, independiente de su nomenclatura local, deberá completar la Hoja del Anexo denominada "Planilla punto de dispensación".

 <b>Registro de Ingresos y de egresos de Fármacos en el trimestre respectivo</b>									
Código DEIS Servicio de Salud	Código DEIS Establecimiento	Código Único de Fármaco	Código de Fármaco Establecimiento	Código de Farmacia del medicamento Establecimiento	Fármaco o Medicamento (DCI)	Unidad, Punto de Dispensación o Servicio Clínico que recepciona el farmaco	Cantidad recepcionada del farmaco en Unidad, Punto de Dispensación o Servicio Clínico	Unidad de medida	Consumo

Las instrucciones de llenado de cada hoja serán enviadas en conjunto con el presente documento a los Servicios de Salud en formato electrónico en el mismo excel que corresponde al Anexo 1.



Anexo N°2: "Inventario Valorizado de Medicamentos".

Anexo N°3: "Arsenal Farmacologico Servicio de Salud".

Anexo N°4: "Certificado resumen Inventario Valorizado Firmado por Director de Establecimiento y Director de Servicio de Salud".





Ministerio de  
Salud

Gobierno de Chile

**COMPROMISO DE GESTIÓN N°20**  
**POLÍTICA DE CALIDAD Y SEGURIDAD**  
**EN LA ATENCIÓN**



<b>Ámbito RISS:</b>	Organización y Gestión.
<b>Atributo:</b>	Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico.

## Objetivo General

Fortalecer continuamente la cultura y gestión organizacional orientada a la calidad y seguridad de los pacientes en la red pública de salud, logrando mantener y mejorar el cumplimiento de las exigencias de los procesos acreditación, junto con el liderazgo de profesionales clínicos supervisores en la prevención y contención de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS).

## Objetivos Específicos

- Contar con establecimientos de atención abierta de baja complejidad con solicitud presentada al proceso de acreditación y/o acreditados.
- Mantener la acreditación de los establecimientos de salud de atención abierta de la Red Asistencial.
- Mantener la acreditación de los establecimientos de salud de atención cerrada de la Red Asistencial.
- Fortalecer el rol de las y los profesionales supervisores de actividades clínico-asistenciales en la prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud.

## Marco Referencial y Consideraciones Técnicas

En el marco de la Constitución Política de la República de Chile, la Garantía de Calidad ha sido una política pública efectiva que ha avanzado en la implementación de estrategias que han permitido contribuir en la calidad y seguridad de la atención en la línea de lo dispuesto en el artículo 14 del Decreto de Garantía Explícitas en Salud (GES), por lo que resulta pertinente mantener, fortalecer y avanzar en la continuidad de la gestión de calidad de la red pública de salud. Por lo anterior, es preciso que las autoridades locales, quienes tienen la atribución y responsabilidad de dirigir este tema, deban fortalecer el trabajo de los profesionales de Calidad e IAAS de los Establecimientos y Servicio de Salud.

Como antecedentes, la Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria y Gestión, en su artículo 4° numerales 11 al 14 establece los roles del Estado relacionados con la acreditación de prestadores en salud y, la Ley 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, en su artículo 4° establece el derecho a que, en el marco de la atención de salud, los miembros del equipo de salud y los prestadores institucionales cumplan las normas vigentes en el país, y con los protocolos establecidos, en materia de seguridad del paciente y calidad de la atención de salud, referentes a materias tales como Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS) entre otros eventos adversos evitables según las prácticas comúnmente aceptadas.

Con relación a IAAS, en Chile el programa nacional de Control de Infecciones Asociadas a la Atención en salud, se inicia en 1981 con actividades en todos los establecimientos hospitalarios con numerosas actividades destinadas a que el nivel local diagnostique la situación local de infecciones y actúe para prevenirlas oportunamente con medidas eficientes, basadas en evidencia.



En la actualidad, el programa se caracteriza por la implementación de cinco estrategias simultáneas, a saber (1) formación y capacitación continua del personal de salud en IAAS, (2) vigilancia epidemiológica, (3) regulación basada en evidencia de prácticas de riesgo y prevención de IAAS y (4) evaluación externa periódica de los hospitales. Éstas apoyan la estrategia central que es (5) la incorporación y fortalecimiento de competencias de equipos locales de prevención y control de IAAS para realizar las acciones locales de control de IAAS para problemas locales, conformados por personal suficiente en cantidad y competencias (MINSAL 1989, 2011).

La existencia de programas locales de IAAS ha demostrado ser eficaz en la reducción de las infecciones de todos los tipos (entre 52% y 82% de reducción según el tipo de infección) (MINSAL, informes anuales de la vigilancia de IAAS), además de ser costo efectivo con una relación beneficio costo calculada de 25,3:1,0 y liberación de cerca de 406.500 días cama en 15 años por concepto de infecciones prevenidas (Orsini, 2017). Con relación a los equipos locales han sido permanentemente capacitados para su función. Estos tienen a cargo la conducción y evaluación del personal clínico que debe cumplir las medidas de prevención y control de las IAAS.

## Definiciones y Terminología

- **Establecimiento Acreditado:** Establecimiento con registro en la Superintendencia de Salud.
- **Establecimiento con solicitud presentado al proceso de acreditación:** Establecimiento que cuenta con los antecedentes enviados y recibidos por la Superintendencia de Salud.
- **Establecimientos de Atención Abierta de Baja Complejidad:** Centros de Atención de Salud Familiar (CESFAM y Consultorios) y con sus respectivas dependencias.
- **IAAS:** Infecciones Asociadas a la Atención de Salud.
- **Profesional supervisor:** Profesionales responsables de dirigir y supervisar el actuar de otros profesionales o técnicos con actividades clínico-asistenciales, entendidos como tales: (1) Profesional a cargo de la conducción de los servicios clínicos (profesional inscrito como Director Técnico ante la SEREMI de acuerdo al reglamento 161 de 1982); (2) Médicos(as) jefes de servicios clínicos, centros de responsabilidad, departamentos o unidades con atención directa de pacientes, incluyendo profesionales no médicos(as) jefe de odontología y kinesiología; (3) profesionales a cargo de la gestión del cuidado de enfermería y obstetricia (de acuerdo a las Normas Técnicas n°1 de 1994, Norma General Administrativa n°19 de 2007 y Norma General Administrativa n°21 de 2010); y (4) profesionales de enfermería y obstetricia a cargo de la supervisión de servicios clínicos con atención directa de pacientes. No se incluyen subrogantes ni profesionales que tienen principalmente actividades clínico-asistenciales.
- **Capacitación vigente en prevención y control de IAAS:** capacitación cursada y aprobada en un plazo  $\leq 5$  años que cumplan los siguientes requisitos:
  - o Duración  $\geq 80$  horas pedagógicas totales.
  - o Mecanismo de evaluación con nota y certificación por un organismo autorizado para dicho fin (Dirección de Servicio de Salud, Sociedad Científica, Universidad, OTEC, otras).
  - o Modalidad de capacitación presencial o en línea.
  - o Incluye los siguientes contenidos mínimos: (1) precauciones estándares (técnica aséptica, higiene de manos, uso de equipos de protección personal, prevención de lesiones cortopunzantes, esterilización y desinfección); (2) precauciones adicionales basadas en mecanismos de transmisión (aislamiento de pacientes); (3) medidas de prevención de las principales IAAS (infección urinaria asociada a catéter urinario, infección de torrente sanguíneo asociada a catéter vascular, infección



de sitio quirúrgico, infecciones respiratorias asociadas a ventilación mecánica, endometritis puerperal, infecciones gastrointestinales); (4) medidas de prevención de IAAS en grupos especiales de pacientes (neonatos, hemodiálisis, quemados, trasplantados); (5) IAAS y factores ambientales (construcciones, desastres naturales). Excepcionalmente, para profesionales jefes de odontología, se solicitarán como mínimo un curso de  $\geq 20$  horas pedagógicas totales con los siguientes contenidos mínimos: 1) precauciones estándares (técnica aséptica, higiene de manos, uso de equipos de protección personal, prevención de lesiones cortopunzantes, esterilización y desinfección); (2) precauciones adicionales basadas en mecanismos de transmisión (aislamiento de pacientes).

- o Los contenidos mínimos pueden ser entregados en una o más actividades de capacitación. Para considerar que el requisito está cumplido, al momento de la evaluación todos los contenidos deben tener menos de cinco años desde impartidos y la suma de la capacitación certificada debe ser  $\geq 80$  horas pedagógicas.

### Nombre del Indicador

- **20.1** Porcentaje de establecimientos de atención abierta de baja complejidad presentados y/o acreditados.
- **20.2** Porcentaje de establecimientos de atención cerrada de la red asistencial acreditados.
- **20.3** Porcentaje de profesionales responsables de dirigir y supervisar las actividades clínico- asistenciales, con capacitación vigente en prevención y control de IAAS.

### Meta Nacional Año 2021

- **20,0%** de establecimientos CESFAM o consultorios con solicitud presentada al proceso de acreditación o acreditados. Y, para aquellos Servicios de Salud que al mes de diciembre del año 2020 contaron con el 20% de sus establecimientos presentados y/o acreditados, deberán presentar o acreditar al menos un establecimiento más durante el año 2021.
- **100,0%** de los Hospitales de Atención Cerrada Acreditados.
- **85,0%** de los profesionales supervisores con capacitación vigente en prevención y control de IAAS.

### Metodología de Evaluación

Indicador	Ponderación por Corte
20.1 Porcentaje de establecimientos de atención abierta de baja complejidad presentados o acreditados.	1,333%
20.2 Porcentaje de establecimientos de atención cerrada de la red asistencial acreditados.	1,333%
20.3 Porcentaje de profesionales responsables de dirigir y supervisar las actividades clínico- asistenciales, con capacitación vigente en prevención y control de IAAS.	1,333%

### Ficha General Indicador

Nombre del Indicador	<b>20.1 Porcentaje de establecimientos de atención abierta de baja complejidad presentados o acreditados.</b>
----------------------	---





Fórmula de Cálculo	(Número de establecimientos de atención abierta de baja complejidad presentados o acreditados en el periodo / Total de establecimientos de atención abierta de baja complejidad del Servicio de Salud) x 100.
Fuente de Datos	Solicitud de presentación a la Superintendencia de Salud o Registro de Prestadores Individuales.

## Metas y Ponderaciones por Corte

<b>I Corte</b>	<b>No Aplica</b>
----------------	------------------

<b>II Corte</b>		<b>40% de la evaluación anual</b>
Número Acción	1	
Acciones y/o Metas Específicas	Alcanzar un <b>10,0%</b> de establecimientos de atención abierta de baja complejidad presentados a la Superintendencia de Salud o acreditados.	
Medios de Verificación	i. Solicitud presentada a la Superintendencia de Salud o Registro de Prestadores Individuales. ii. Documento de Director de Servicio señalando el establecimiento a presentar durante el segundo semestre del año en curso, si corresponde.	
Fórmula de Cálculo:	(Número de Establecimientos de Atención Abierta de Baja Complejidad presentados o Acreditados en el periodo / Total de Establecimientos de Atención Abierta de Baja Complejidad de la red asistencial) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 10,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 10,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

<b>III Corte</b>	<b>No Aplica</b>
------------------	------------------

<b>IV Corte</b>		<b>60% de la evaluación anual</b>
Número Acción	2	
Acciones y/o Metas Específicas	Alcanzar un <b>20,0%</b> de establecimientos de atención abierta de baja complejidad presentados a la Superintendencia de Salud o acreditados.	
Medios de Verificación	i. Solicitud presentada a la Superintendencia de Salud o Registro de Prestadores Individuales.	
Fórmula de Cálculo:	(Número de Establecimientos de Atención Abierta de Baja Complejidad presentados o Acreditados en el periodo / Total de Establecimientos de Atención Abierta de Baja Complejidad de la red asistencial) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 20,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 20,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

## Ficha General Indicador

Nombre del Indicador	<b>20.2 Porcentaje de establecimientos de atención cerrada de la red asistencial acreditados.</b>
Fórmula de Cálculo	(Número de establecimientos de atención cerrada de la red asistencial acreditados en el periodo / Número total de establecimientos de atención cerrada del Servicio de Salud) x 100
Fuente de Datos	Registro de Prestadores de la Superintendencia de Salud.

## Metas y Ponderaciones por Corte



<b>I Corte</b>	<b>No Aplica</b>
----------------	------------------

<b>II Corte</b>		<b>40% de la evaluación anual</b>
Número Acción	<b>1</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Alcanzar un <b>100,0%</b> de los hospitales de atención cerrada acreditados.	
Medios de Verificación	i. Registro de prestadores Acreditados de la Superintendencia de Salud.	
Fórmula de Cálculo:	(Número de establecimientos de atención cerrada de la red asistencial acreditados en el periodo / Número total de establecimientos de atención cerrada del Servicio de Salud) x 100	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

<b>III Corte</b>	<b>No Aplica</b>
------------------	------------------

<b>IV Corte</b>		<b>60% de la evaluación anual</b>
Número Acción	<b>2</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Alcanzar un <b>100,0%</b> de los hospitales de atención cerrada acreditados.	
Medios de Verificación	i. Registro de prestadores Acreditados de la Superintendencia de Salud.	
Fórmula de Cálculo:	(Número de establecimientos de atención cerrada de la red asistencial acreditados en el periodo / Número total de establecimientos de atención cerrada del Servicio de Salud) x 100	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

### Ficha General Indicador

Nombre del Indicador	<b>20.3 Porcentaje de profesionales responsables de dirigir y supervisar las actividades clínico-asistenciales, con capacitación vigente en prevención y control de IAAS.</b>
Fórmula de Cálculo	(Número de profesionales supervisores con capacitación vigente en prevención y control de IAAS / Número total de profesionales supervisores) x 100.
Fuente de Datos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Certificados de capacitación aprobada con resultado de la evaluación y duración de ésta,</li> <li>- Listado de profesionales supervisores de acuerdo a las resoluciones de nombramiento del cargo de como se ha definido en IV. Definiciones y Terminología.</li> <li>- Estas fuentes de datos deben estar disponibles a requerimiento del MINSAL en la unidad de capacitación de los establecimientos hospitalarios.</li> </ul>

### Metas y Ponderaciones por Corte

<b>I Corte</b>	<b>No Aplica</b>
----------------	------------------

<b>II Corte</b>		<b>40% de la evaluación anual</b>
Número Acción	<b>1</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Alcanzar un <b>78,0%</b> de profesionales responsables de dirigir y supervisar las actividades clínico-asistenciales, con capacitación vigente en prevención y control de IAAS.	
Medios de Verificación	i. Hoja de cálculo (planilla Excel) con información consolidada cargada por los Servicios de	



	Salud en la carpeta compartida establecida por la Unidad de Gestión de la Información (ver anexo).	
Fórmula de Cálculo:	$(\text{Número de profesionales supervisores con capacitación vigente en prevención y control de IAAS} / \text{Número total de profesionales supervisores}) \times 100$ .	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 78,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 78,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

<b>III Corte</b>	<b>No Aplica</b>
------------------	------------------

	<b>IV Corte</b>	<b>60% de la evaluación anual</b>
Número Acción	2	
Acciones y/o Metas Específicas	Alcanzar un <b>85,0%</b> de profesionales responsables de dirigir y supervisar las actividades clínico-asistenciales, con capacitación vigente en prevención y control de IAAS.	
Medios de Verificación	i. Hoja de cálculo (planilla Excel) con información consolidada cargada por los Servicios de Salud en la carpeta compartida establecida por la Unidad de Gestión de la Información (ver anexo).	
Fórmula de Cálculo:	$(\text{Número de profesionales supervisores con capacitación vigente en prevención y control de IAAS} / \text{Número total de profesionales supervisores}) \times 100$ .	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 85,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 85,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

### Notas del Indicador.

1. Los Servicios de Salud deberán solicitar durante los meses de marzo y septiembre la nómina de: los Subdirectores Médicos (o, en su defecto, Directores Técnicos), médicos jefes de servicio clínico, profesionales a cargo de la dirección de gestión del cuidado (de enfermería y matronería), profesionales supervisoras(es) de enfermería y obstetricia que se encuentren en ejercicio de su cargo a la fecha de los establecimientos involucrados en la meta y la resolución que lo oficializa. La nómina de marzo se utilizará como denominador del segundo corte del indicador 20.3, mientras que la de septiembre como denominador del cuarto corte del indicador 20.3.
2. Los Servicios de Salud son los responsables de monitorear el nivel de cobertura de los cursos de capacitación en IAAS de estas y estos profesionales y construir las hojas de cálculo con la información consolidada de los establecimientos de atención cerrada de su Servicio para informar en los plazos definidos del corte de evaluación.
3. La evidencia respecto el cumplimiento individual de todos los requisitos mencionados de la capacitación vigente en IAAS debe ser llenado por el personal de capacitación del establecimiento, en conocimiento por el programa de control de IAAS local, y debe estar disponible en el establecimiento para auditoría, así como los certificados de aprobación individuales.



## Anexos

### Anexo N°1: "Hoja de cálculo tipo para informar resultado".

Logo Insitucional del Servicio de Salud				
		Nombre del Servicio de Salud		
		Responsable del Servicio de Salud del llenado de la planilla		
			Total en función a la fecha del corte	del corte con capacitación vigente
				% capacitado
		Subdirector Médico (Dirección Técnica) hospital 1	a	b
		Médicos jefes de servicios clínicos hospital 1	c	d
		Profesionales a cargo de gestión de cuidado de enfermería y matronería hospital 1	e	f
		Profesionales a supervisores(as) de enfermería y matronería de servicios clínicos hospital 1	g	h
		Subdirector Médico (Dirección Técnica) hospital 2	i	j
		Médicos jefes de servicios clínicos hospital 2	k	l
		Profesionales a cargo de gestión de cuidado de enfermería y matronería hospital 2	m	n
		Profesionales a supervisores(as) de enfermería y matronería de servicios clínicos hospital 2	ñ	o
		Subdirector Médico (Dirección Técnica) hospital "k"	p	q
		Médicos jefes de servicios clínicos hospital "k"	r	s
		Profesionales a cargo de gestión de cuidado de enfermería y matronería hospital "k"	t	u
		Profesionales a supervisores(as) de enfermería y matronería de servicios clínicos hospital "k"	v	w
		Total profesionales responsables de dirigir y supervisar el actuar de profesionales con actividades clínico-asistenciales del Servicio de Salud	a+c+e+g+i+k+m+ñ+p+r+t+v	(b+d+f+h+j+l+n+o+q+s+u+w)
				$\frac{(a+c+e+g+i+k+m+ñ+p+r+t+v)}{(b+d+f+h+j+l+n+o+q+s+u+w)} \times 100$



COMPROMISO DE GESTIÓN N°21  
**DISMINUCIÓN DEL AUSENTISMO  
LABORAL EN LA RED ASISTENCIAL**



<b>Ámbito RISS:</b>	Organización y Gestión.
<b>Atributo:</b>	11. Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red.

## Objetivo General

Implementar acciones de prevención y acompañamiento en el ámbito de la gestión de personas tendientes a disminuir el índice de ausentismo por licencia médica curativa y minimizar las consecuencias negativas a raíz del enfrentamiento de la pandemia por COVID-19 en funcionarias y funcionarios pertenecientes al SNSS.

## Objetivos Específicos

- Implementar planes de acción que aborden los diversos ámbitos de la gestión y desarrollo de personas que permitan mejorar las condiciones laborales del personal, con una mirada preventiva y de ciclo de vida laboral, enfocados en la normativa vigente.
- Articular el trabajo de los distintos Departamentos de las Subdirecciones de Gestión y Desarrollo de Personas para lograr un enfoque preventivo del ausentismo y de las consecuencias en las funcionarias y funcionarios de las exigencias que significa el enfrentamiento de la crisis sanitaria por COVID-19.
- Apoyar y acompañar integralmente a aquellos funcionarios y funcionarias que se encuentren afectados en su salud, desde una perspectiva biopsicosocial, definiendo intervenciones según complejidad de cada problemática.
- Disminuir el número de días de ausentismo del personal por licencias médicas curativas durante el periodo 2019-2022.

## Marco Referencial y Consideraciones Técnicas

La misión del Ministerio de Salud es la articulación, gestión y desarrollo de la red asistencial pública en su conjunto, con el objetivo de permitir la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud, como también la rehabilitación y cuidados paliativos de las personas enfermas. Esta misión, si bien se entiende diseñada en función de los usuarios externos, debe tener su correspondencia en sus propios funcionarias y funcionarios, toda vez que su bienestar constituye un objetivo institucional de alta prioridad; que condiciona la disponibilidad, la distribución y disposición hacia el usuario externo; e inclusive se configura como un factor que potencia las competencias del personal sanitario a lo largo de la red asistencial en los diferentes niveles de complejidad.

Los Servicios de Salud y su Red Asistencial, cuentan con una serie de recursos de distinta naturaleza que le permiten alcanzar sus objetivos organizacionales y sanitarios. Sin embargo, existe un tipo de recurso que se diferencia de los demás por su capacidad creadora de valor: funcionarias y funcionarios. “Las personas son el único factor dinámico de las organizaciones, pues ellas tienen la inteligencia que vivifica y dirige cualquier institución. La calidad de los funcionarios de una organización, sus conocimientos, habilidades, su entusiasmo y satisfacción en sus cargos y su iniciativa por generar riquezas repercuten con fuerza en la productividad, el servicio al cliente, la reputación y el nivel de competitividad de la organización” (Chiavenato, 2001).



Las funcionarias y funcionarios de salud están llamados a brindar gran parte de los servicios asociados, sin embargo, esta misión puede verse afectada por distintos factores internos y externo a las personas y a las instituciones. Una consecuencia de estos factores es el ausentismo laboral, que impacta significativamente a las organizaciones, en términos de sobrecarga de trabajo al resto del personal, deterioro de la oferta en salud y calidad de la atención, pérdidas económicas por la no recuperación de subsidios de incapacidad laboral, entre los efectos más visibles. Históricamente, la distribución del ausentismo por causa médica se atribuye en un 77% a licencias por enfermedad común, un 20% a licencias maternales y un 3% a licencias médicas por enfermedades profesionales/accidentes de trabajo, lo que nos orienta a que enfocar esfuerzos hacia el ausentismo por licencia médica curativa por su mayor concentración porcentual.

En base al reconocimiento que el ausentismo por licencia médica curativa se ve influenciado por las condiciones, ambientes y entornos laborales; así como la interrelación de éstos con los estilos de vida personales, y cómo en su conjunto se traducen en consecuencias para la salud, la Subsecretaría de Redes Asistenciales ha resuelto su abordaje desde una perspectiva biopsicosocial. En este sentido, a través de la Resolución Exenta N° 427 del 23 de julio del 2020 se aprueba “Modelo para la gestión biopsicosocial del Ausentismo Laboral por morbilidad del personal de los Servicios de Salud y su red de establecimientos dependientes y autogestionados en red”.

A lo anterior se suma el desafío que ha debido enfrentar el sector salud, a partir del primer trimestre del año 2020 hasta la fecha, respecto al brote mundial del virus coronavirus-2 que produce la enfermedad COVID -19, situación que ha tensionado y desafiado a los establecimientos y al funcionariado. Durante el año 2021 se vuelve imperativo mantener y reforzar las acciones de cuidados a los equipos de trabajo, previniendo y disminuyendo los efectos que en funcionarias y funcionarios provoca el enfrentamiento de la pandemia.

Para el logro de los objetivos de calidad, continuidad y oportunidad de la atención al usuario, familia y comunidad, se requiere contar con equipos de salud comprometidos y motivados, en ambientes laborales adecuados a los desafíos que se enfrentan. Bajo el concepto de que en Salud “somos personas cuidando personas”, es nuestro deber comprometernos con generar ambientes laborales saludables que favorezcan el bienestar integral de funcionarias y funcionarios abarcándolo desde una perspectiva biopsicosocial; que, asimismo, permita apoyar, acompañar y gestionar sus necesidades.

Considerando ambos desafíos, para el año 2021, para esta Subsecretaría es imperativo que los Servicios de Salud adopten estrategias que permitan, dentro del ámbito de sus competencias, mejorar las condiciones y ambientes laborales que afectan paulatinamente el bienestar de las funcionarias y funcionarios.

### Indicador 1: Índice de Ausentismo:

Se considera como el 50% de la evaluación total del COMGES.

$$\frac{\text{Total de días de ausentismo por Licencia Médica Curativa del período de la dotación efectiva, suplencias y reemplazos}}{(\text{Promedio de Dotación efectiva} + \text{promedio de Reemplazos y suplencias a la fecha de corte})}$$

– **Numerador:** Corresponde a la sumatoria de días de licencias médicas tipo 1 “Enfermedad Común” y Tipo 2



“Prorroga de medicina preventiva”, acumulados al periodo que se informa. Incluye días de LM de funcionarios a Contrata, Titulares, Suplencias y Reemplazos.

- **Denominador:** Corresponde al promedio de la dotación efectiva en cargos de funcionarios titulares y a contrata vigentes al último día del mes de corte, incluyendo funcionarios/as con calidad de suplentes y reemplazos en cargos titulares vacantes, funcionarios/as que se encuentran en comisión de servicio y funcionarios/as que hacen uso de permiso sin goce de remuneraciones.

Es necesario precisar que la evaluación de este indicador NO considera la exclusión de dos variables que hasta el año 2014 eran descontadas (patologías catastróficas e incentivo al retiro). Sin embargo, desde el enfoque biopsicosocial del ausentismo, se recomienda que de todos modos se continúe con el trabajo de seguimiento y análisis de los casos de funcionarios pertenecientes a éstos y otros grupos de funcionarios/as con necesidades específicas; siempre con orientación al mejoramiento de la calidad de vida laboral.

## Indicador 2: Porcentaje de acciones implementadas del Plan Central de Abordaje Biopsicosocial del Ausentismo y Prevención del Servicio de Salud.

Equivale al 50% de la evaluación total del COMGES, y se deben incorporar todas las actividades descritas por cada uno de ejes señalados.

El trabajo a desarrollar debe estar plasmado en el Plan Central de Abordaje Biopsicosocial del Ausentismo del Servicio de Salud, que den cuenta de las acciones ejecutadas a nivel de toda la red. A nivel de cada Establecimiento de la red dependiente del Servicio de Salud, se debe contar con Plan Local de Abordaje Biopsicosocial del Ausentismo. La labor del equipo del Servicio de Salud, considerará el seguimiento a las acciones del Plan de cada Establecimiento, los cuales deben ser coherente con el Plan Central. Ambos deben apuntar a la ejecución de los siguientes ejes y actividades.

### I. Medidas institucionales de prevención del ausentismo.

Dentro de las medidas institucionales de prevención del ausentismo se reconocen todas aquellas enfocadas a generar ambientes laborales saludables que favorezcan el bienestar integral de las funcionarias y funcionarios abarcándolo desde una perspectiva biopsicosocial, que considere los distintos momentos del ciclo de vida laboral.

Las actividades contenidas en este plan de trabajo deben estar en concordancia con el Programa de Calidad de Vida elaborado por el Servicio de Salud. De acuerdo a esto, las actividades ya diseñadas en el Plan de Calidad de Vida Laboral deben ser parte del Plan Central de Abordaje Biopsicosocial del Ausentismo y Prevención del Servicio de Salud. A continuación, se detallan las medidas a desarrollar para concretizar esas declaraciones.

#### **Eje Ciclo de Vida Laboral.**





Para la incorporación de medidas relativas al ciclo de vida laboral, se debe considerar, como marco normativo, la revisión y diagnóstico de las Políticas de Gestión y Desarrollo de Personas. Dentro de las actividades a incorporar se encuentran:

- **Fortalecimiento del proceso de inducción**, clarificar perfil de cargo, funciones, deberes y derechos según Ley de contratación, beneficios institucionales, etc.; explicitando la normativa asociada al uso de Licencia Médica, los riesgos que suponen sus labores (Decreto Supremo N° 40) y lo contenido en la Ley 16.744, así como asegurar el conocimiento de los protocolos de atención y precauciones estándar.
- **Generación de campañas comunicacionales que permita entregar información sobre uso de licencias médicas a todas y todos los funcionarios.** Se debe asegurar que toda la dotación tenga acceso a la información. Se sugiere utilización de diversos medios audiovisuales y formales para ello. Se espera que, al finalizar el cuarto corte del presente año, se tenga una cobertura igual al 80% de los funcionarios informados sobre los procesos asociada al uso de Licencia Médica Curativa.
- **Acompañar proceso de desvinculación de los funcionarios/as beneficiarios/as del incentivo al retiro.** Generando espacios de reconocimiento y apoyando la transferencia de los conocimientos adquiridos durante años de experiencia en el sector hacia los funcionarios y funcionarias nuevos, con el objetivo de guiar, desafiar, estimular y potenciar a los nuevos talentos a nivel profesional y personal.

#### Eje Salud Funcionaria.

El objetivo del ámbito es cautelar el acceso a los niveles de atención promocional, preventiva y de atención de la salud, con oportunidad, calidad y procedimientos de referencia-contrarreferencia definidos. En continuidad con el trabajo realizado en los últimos años, las acciones de salud funcionaria deben estructurarse como se muestra a continuación:

- **Consideración del rol facilitador del lugar de trabajo como un espacio promotor de la salud**, a través de facilitar estilos de vida saludable y la prevención de riesgos en procesos administrativos y proyectos de diversa índole.
- Resguardo de las condiciones de trabajo, para el cuidado, prevención y promoción de la salud considerando las exigencias que supone el enfrentamiento de la pandemia por COVID19.
- **Avanzar progresivamente en las coberturas del EMP de la totalidad de la dotación**, teniendo como base la cobertura lograda en los años anteriores, se debe colocar como meta la aplicación del examen a la dotación faltante. Dentro de este porcentaje se debe considerar la vigencia del examen de acuerdo a las orientaciones entregadas. Se debe tener en consideración las posibilidades de ejecución dado el contexto de pandemia por COVID-19.
- **Instaurar medidas de seguimiento del estado de salud**, de acuerdo a los resultados encontrados en EMP aplicados a funcionarias y funcionarios.
- **Cautelar el acceso a los niveles de atención promocional, preventiva y de atención de la salud.** Con oportunidad, calidad y procedimientos de referencia-contrarreferencia definidos.
  - Atención de problemas de salud agudo, se deberá informar la programación anual de atenciones, según cartera de servicios disponibles y protocolos de atención diseñados previamente, y dar seguimiento a la ejecución correspondiente. Considerar el diseño de estrategias para mejorar la utilización de cupos.



- o Gestión de Lista de Espera, se considera la incorporación de acciones de gestión atención de problemas de salud complejos.

### **Eje Conciliación de la vida personal y familiar con el trabajo.**

Este eje considera la elaboración, difusión, aplicación y evaluación del programa de conciliación de vida personal y familiar con el trabajo, de acuerdo a la realidad de cada Servicio de Salud.

- **Actualización y difusión del Protocolo de Conciliación en base a un proceso de detección de las tensiones conciliatorias**, con foco en aquellas que impactan en el ausentismo,
- **Aplicación y evaluación de los Protocolos de Conciliación**, se debe incorporar la evaluación semestral de las medidas incorporadas en el protocolo de conciliación.
- **Oferta de dispositivos de cuidado infantil de acuerdo al diagnóstico local y realidad presupuestaria.**

### **Eje Protección de la Dignidad y promoción del Buen Trato.**

- **Programa de Buen Trato Laboral** en ejecución según parámetros de la DNSC, adaptado a las condiciones en pandemia, fortaleciendo la promoción del buen trato laboral y la prevención Maltrato, Acoso Laboral y Sexual.
- **Plan Anual de prevención y seguimiento del Maltrato, Acoso Laboral y Sexual** dirigido a la promoción y prevención, en concordancia con el Programa de Calidad de Vida Laboral. Incorporando acciones de seguimiento a través de la identificación de indicadores que den cuenta de su ejecución.
- **Aplicación de los Procedimientos de Denuncia y Sanción del Maltrato, Acoso Laboral y Sexual**, actualizados. Enfocado en la resolutivez de los procesos sumariales, se debe considerar lo contenido en las Orientaciones para la Elaboración de un Procedimiento de Denuncia y Sanción del Maltrato, Acoso Laboral y Sexual emanadas por la Dirección Nacional del Servicio Civil (Dirección Nacional del Servicio Civil, 2018).
- **Plan Anual de Fortalecimiento de ambientes laborales saludables**, considerando el desarrollo de evaluaciones de riesgos psicosociales y/o estudios de clima organizacional e implementación de programas o planes de intervención para mejorar aquellos aspectos más críticos de acuerdo a las evaluaciones efectuadas en concordancia con el Programa de Calidad de Vida Laboral.
- **Fortalecer los sistemas de reconocimiento no pecuniario**, que refuercen las actividades, aportes y conductas deseadas y demostradas.

## **II. Medidas institucionales de abordaje del ausentismo declarado**

- **Conformación vía Resolución Exenta del Comité Central de Ausentismo**, junto con Carta Gantt de reuniones para el período respectivo de acuerdo a lo estipulado en Resolución Exenta N° 427 del 23 de julio del 2020.
- **Seguimiento a la conformación y funcionamiento de los Comité Locales de Ausentismo** de acuerdo a lo estipulado en Resolución Exenta N° 427 del 23 de julio del 2020.
- **Protocolo de seguimiento y acompañamiento a funcionarias y funcionarios con licencia médica curativa**, donde se establezcan las medidas de acompañamiento a funcionarias y funcionarios con ausentismo declarado según requerimientos del caso y realidad local: seguimiento telefónico, gestión de



lista de espera, activación de intersector, entre otras. Este acompañamiento se debe generar especialmente a aquellos funcionarios y funcionarias identificados con diagnóstico de COVID-19, ya se ha por contacto comunitario o laboral. Se recomienda la gestión a través de seguimiento telefónico, gestión de lista de espera, activación de intersector, entre otras.

- **Aplicación de las indicaciones del Instructivo sobre gestión del ausentismo laboral**, Resolución Exenta N°1042 del 14.11.18, tanto en materia de detección oportuna de patrones de ausencia que requieran gestiones específicas, como en la pertinencia y oportunidad de los procesos administrativos y financieros implicados.
  - o Detección oportuna de patrones de ausencia que requieran gestiones específicas:
    - Instalar mecanismos de detección temprana del ausentismo basados en el análisis de licencias registradas en SIRH, por parte de las oficinas de personal, con especial atención en el ausentismo reiterado, entendido como al menos dos (2) licencias médicas curativas en un periodo determinado.
    - Identificar funcionarios con ausentismo reiterado, que acumulen menos de 180 días en un año, generando un plan de intervención para abordar esta situación.
    - En el caso de los ausentismos prolongados, con un número de días acumulado igual o mayor de 180 días, se debe definir protocolos de acompañamiento y atención integral a los funcionarios y funcionarias. En aquellos casos en que las LMC se perpetúen, a pesar de las intervenciones realizadas (y que no correspondan a casos de enfermedades catastróficas), la institución deberá disponer administrativamente el inicio del proceso de evaluación respecto del estado de irrecuperabilidad (según disposición de la Ley N° 21.050). En el caso de que COMPIN estime que la salud del funcionario es recuperable, el jefe del Servicio se encontrará facultado para declarar la incompatibilidad con el desempeño del cargo (aplicación artículo 151 del Estatuto Administrativo).
    - Pertinencia y oportunidad de los procesos administrativos y financieros:
      - Aplicar descuentos por licencias médicas rechazadas o reducidas y gestionar el reintegro de remuneraciones indebidamente percibidas por funcionarios/as o exfuncionarios/as.
      - Recuperación del subsidio por incapacidad laboral (SIL).
      - Cumplimiento irrestricto de la normativa asociada a gestionar y solventar las suplencias y reemplazos requeridos en respuesta al ausentismo de un funcionario/a, con especial atención en la gestión de Honorarios a Suma Alzada y trabajos extraordinarios.

Se deberá considerar para la implementación de esta medida el registro y seguimiento a la aplicación de los distintos puntos tratados en el instructivo. En cada corte se deberá presentar las medidas aplicadas en el periodo respectivo.

- **Análisis mensual de los resultados cuantitativos obtenidos por cada establecimiento de la red asistencial, respecto al índice de ausentismo y el número de funcionarias y funcionarios ausentes asociados a COVID-19:** Estos deben ser presentados mensualmente al Comité Central de Ausentismo, sobre dicha información, el comité deberá tomar medidas para el control del Índice de Ausentismo, así como evaluar las medidas ya aplicadas. Esta acción debe estar presente en cada reunión realizada en el comité, especificando en el acta los resultados informados y las medidas acordadas.
- **Difusión periódicamente resultados organizacionales en materia de ausentismo por LMC** a todos los funcionarios y funcionarias, especialmente a las jefaturas y autoridades de la red. Se debe informar mensualmente, los resultados del ausentismo por Licencia Médica Curativa estableciendo un ranking por



establecimiento y dentro de cada uno de esto por unidad. Junto con lo cual, se deberá dar cuenta de las medidas a abordar.

- **Convocar periódicamente a las jefaturas de los Centros de Responsabilidad con mayores tasas de licencias médicas curativas a reuniones de la Comisión de Ausentismo**, donde se revise el comportamiento general del mismo, además de los casos más críticos que requieren atención, para enriquecer el abordaje desde su mirada.

### III. Plan de Acción Cuidado del Personal

Durante el año 2021 se continuará con el desarrollo de acciones enfocadas en el cuidado del personal dirigidas a proteger y recuperar la salud mental de los funcionarios y funcionarias. Se espera el reporte de las acciones realizadas en el marco del Plan de Cuidado del Personal, de acuerdo a las orientaciones entregadas por la Comisión de Cuidado del Personal COVID 19 constituida en el Ministerio de Salud.

### Definiciones y Terminología

- **Dotación Efectiva:** Promedio trimestral de funcionarios titulares y a contrata, incluyendo funcionarios con calidad de suplentes en cargos titulares vacantes, funcionarios que se encuentran en comisión de servicio y funcionarios que hacen uso de permiso sin goce de remuneraciones.
- **Enfoque Biopsicosocial:** Modelo general que plantea que los factores biológicos, sociales y psicológicos (incluye pensamientos, emociones y conductas), juegan un papel importante en el funcionamiento humano, y, por tanto, en la comprensión del continuo salud-enfermedad.
- **Índice de Ausentismo Laboral:** Corresponde a la relación entre los días de ausencia por licencia médica curativa de los funcionarios (dotación efectiva, suplencias y remplazos) y la dotación de los mismos, según la fecha de corte.
- **Licencia Médica Curativa:** Reposo por enfermedad o accidente común y prórroga de medicina preventiva (Licencias Tipo 1 y 2). Se abreviará LMC.
- **Personal Suplente:** Corresponde a aquel asignado a un cargo que, por cualquier circunstancia, no es desempeñado por su titular durante un lapso no inferior a 15 días, siempre y cuando:
  - o El cargo no se encuentre vacante.
  - o El suplente no posea la titularidad de otro cargo en la institución.
- **Personal de Reemplazo:** personal contratado para reemplazar a funcionarios a contrata que se encuentran imposibilitados para desempeñar sus cargos, de acuerdo con lo señalado en el artículo 10º de la Ley de Presupuesto vigente. El personal suplente y de reemplazo deberán ajustarse a las causales de suplencia y remplazos definidas por DIPRES, para la confección de los Informes de Dotación Trimestrales, las cuales son:



TABLA N°12	
Causal de la Suplencia / Reemplazo	
Descripción	Código
Cargo en reserva (Titular se desempeña en otro cargo, dentro o fuera de la institución).	01
Licencia médica del titular / contrata por enfermedad o accidente común del titular / contrata, o prórroga medicina preventiva.	02
Licencia médica maternal pre y post natal del titular / contrata.	03
Licencia médica del titular / contrata por enfermedad grave de hijo menor de un año.	04
Licencia médica del titular / contrata por accidente del trabajo o trayecto.	05
Licencia médica del titular / contrata por enfermedad profesional.	06
Licencia médica del titular / contrata por patología del embarazo.	07
Titular / Contrata se encuentran con permiso con o sin goce de remuneraciones.	08
Titular / Contrata que se encuentra en comisión de servicio o en cometido en el extranjero.	09
Titular / Contrata que se encuentra en comisión de servicio para realizar estudios en el país o en el extranjero.	10
Titular / contrata se encuentra haciendo uso de Feriado Legal o Permiso	11
Titular / contrata se encuentra suspendido de sus funciones	12
Extensión de suplencia / reemplazo por protección a la maternidad de suplente / reemplazante	13
Titular / contrata se encuentra haciendo uso de permiso postnatal parental	14

### Nombre del Indicador

- **21.1** Índice de Ausentismo Laboral.
- **21.2** Porcentaje de acciones implementadas del Plan Central de Abordaje Biopsicosocial del Ausentismo y Prevención.

### Meta Nacional Año 2021

Al 2021, los 29 Servicios de Salud logran una disminución del ausentismo laboral en relación a su línea base, y al menos un **90,0%** de cumplimiento del plan de intervención para el año 2021.

### Metodología de Evaluación

Indicador	Ponderación por Corte
21.1 Índice de Ausentismo Laboral.	<b>2,0%</b>
21.2 Porcentaje de acciones implementadas del Plan Central de Abordaje Biopsicosocial del Ausentismo y Prevención.	<b>2,0%</b>

### Ficha General Indicador

Nombre del Indicador	<b>21.1 Índice de Ausentismo Laboral.</b>
Fórmula de Cálculo	(Número total de días de ausentismo por Licencia Médica Curativa del período de la dotación efectiva, suplencias y reemplazos en el periodo / (Promedio de dotación efectiva + promedio de reemplazos y suplencias en el periodo))
Fuente de Datos	SIRH – Qlikview.

### Metas y Ponderaciones por Corte

I Corte	<b>20% de la evaluación anual</b>
---------	-----------------------------------



Número Acción	1	
Acciones y/o Metas Específicas	Evaluación según meta comprometida por el Servicio de Salud al corte.	
Medios de Verificación	i. Información extraída desde modelo SIRH-Qlikview de Ausentismo al mes de corte.	
Fórmula de Cálculo:	<p><b>Cálculo del índice de Ausentismo:</b>            (Número total de días de ausentismo por Licencia Médica Curativa del período de la dotación efectiva, suplencias y reemplazos en el periodo / (Promedio de dotación efectiva + promedio de reemplazos y suplencias en el periodo)).</p> <p><b>Cálculo Porcentaje de Cumplimiento:</b>  <math>X = [(\text{Índice de Ausentismo al Corte} - \text{Meta de Ausentismo al Corte}) / \text{Meta de Ausentismo al Corte}] \times 100.</math></p>	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	$X \leq 0,0\%$	<b>100,0%</b>
	$5,0\% \geq X > 0,0\%$	<b>75,0%</b>
	$10,0\% \geq X > 5,0\%$	<b>50,0%</b>
	$15,0\% \geq X > 10,0\%$	<b>25,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

<b>II Corte</b>		<b>15% de la evaluación anual</b>
Número Acción	2	
Acciones y/o Metas Específicas	Evaluación según meta comprometida por el Servicio de Salud al corte.	
Medios de Verificación	i. Información extraída desde modelo SIRH-Qlikview de Ausentismo al mes de corte.	
Fórmula de Cálculo:	<p><b>Cálculo del índice de Ausentismo:</b>            (Número total de días de ausentismo por Licencia Médica Curativa del período de la dotación efectiva, suplencias y reemplazos en el periodo / (Promedio de dotación efectiva + promedio de reemplazos y suplencias en el periodo)).</p> <p><b>Cálculo Porcentaje de Cumplimiento:</b>  <math>X = [(\text{Índice de Ausentismo al Corte} - \text{Meta de Ausentismo al Corte}) / \text{Meta de Ausentismo al Corte}] \times 100.</math></p>	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	$X \leq 0,0\%$	<b>100,0%</b>
	$5,0\% \geq X > 0,0\%$	<b>75,0%</b>
	$10,0\% \geq X > 5,0\%$	<b>50,0%</b>
	$15,0\% \geq X > 10,0\%$	<b>25,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

<b>III Corte</b>		<b>15% de la evaluación anual</b>
Número Acción	3	
Acciones y/o Metas Específicas	Evaluación según meta comprometida por el Servicio de Salud al corte.	
Medios de Verificación	i. Información extraída desde modelo SIRH-Qlikview de Ausentismo al mes de corte.	
Fórmula de Cálculo:	<p><b>Cálculo del índice de Ausentismo:</b>            (Número total de días de ausentismo por Licencia Médica Curativa del período de la dotación efectiva, suplencias y reemplazos en el periodo / (Promedio de dotación efectiva + promedio de reemplazos y suplencias en el periodo)).</p> <p><b>Cálculo Porcentaje de Cumplimiento:</b>  <math>X = [(\text{Índice de Ausentismo al Corte} - \text{Meta de Ausentismo al Corte}) / \text{Meta de Ausentismo al Corte}] \times 100.</math></p>	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	$X \leq 0,0\%$	<b>100,0%</b>
	$5,0\% \geq X > 0,0\%$	<b>75,0%</b>



	<b>10,0% ≥ X &gt; 5,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>15,0% ≥ X &gt; 10,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &gt; 15,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

	<b>IV Corte</b>	<b>50% de la evaluación anual</b>
Número Acción	4	
Acciones y/o Metas Específicas	Evaluación según meta comprometida por el Servicio de Salud al corte.	
Medios de Verificación	i. Información extraída desde modelo SIRH-Qlikview de Ausentismo al mes de corte.	
Fórmula de Cálculo:	<p><b>Cálculo del índice de Ausentismo:</b> (Número total de días de ausentismo por Licencia Médica Curativa del período de la dotación efectiva, suplencias y reemplazos en el periodo / (Promedio de dotación efectiva + promedio de reemplazos y suplencias en el periodo)).</p> <p><b>Cálculo Porcentaje de Cumplimiento:</b> <math>X = [(\text{Índice de Ausentismo al Corte} - \text{Meta de Ausentismo al Corte}) / \text{Meta de Ausentismo al Corte}] \times 100.</math></p>	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≤ 0,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>5,0% ≥ X &gt; 0,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>10,0% ≥ X &gt; 5,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>15,0% ≥ X &gt; 10,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &gt; 15,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

### Notas del Indicador

1. En Anexo N° 1 se encuentra definida la meta a alcanzar por cada Servicio de Salud de acuerdo a los resultados a diciembre 2020.

### Ficha General Indicador

Nombre del Indicador	<b>21.2 Porcentaje de acciones implementadas del Plan Central de Abordaje Biopsicosocial del Ausentismo y Prevención.</b>
Fórmula de Cálculo	(Número de acciones implementadas del Plan Central de Abordaje Biopsicosocial del Ausentismo y Prevención en el periodo / Número total de acciones planificadas en el Plan Central de Abordaje Biopsicosocial del Ausentismo y Prevención) x 100
Fuente de Datos	Reporte trimestral elaborado por la Comisión Central de Ausentismo según formato definido (planilla Excel).

### Metas y Ponderaciones por Corte

	<b>I Corte</b>	<b>20% de la evaluación anual</b>
Número Acción	1	
Acciones y/o Metas Específicas	Envío Plan de Trabajo 2021 en base del análisis de la situación de la red.	
Medios de Verificación	i. Documento con análisis de la situación de la red y Plan de Trabajo 2021.	
Fórmula de Cálculo:	(Número de acciones cumplidas en el periodo / Número de acciones solicitadas en el periodo) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>



	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

<b>II Corte</b>		<b>15% de la evaluación anual</b>
Número Acción	2	
Acciones y/o Metas Específicas	Ejecución de al menos el <b>30,0%</b> de las actividades definidas en el Plan, considerando la fecha de corte.	
Medios de Verificación	i. Reporte trimestral elaborado por la Comisión Central de Ausentismo según formato definido (planilla Excel).	
Fórmula de Cálculo:	(Número de acciones implementadas del Plan Central de Abordaje Biopsicosocial del Ausentismo y Prevención en el periodo / Número total de acciones planificadas en el Plan Central de Abordaje Biopsicosocial del Ausentismo y Prevención) x 100	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 30,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 30,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

<b>III Corte</b>		<b>15% de la evaluación anual</b>
Número Acción	3	
Acciones y/o Metas Específicas	Ejecución de al menos el <b>60,0%</b> de las actividades definidas en el Plan, considerando la fecha de corte.	
Medios de Verificación	i. Reporte trimestral elaborado por la Comisión Central de Ausentismo según formato definido (planilla Excel).	
Fórmula de Cálculo:	(Número de acciones implementadas del Plan Central de Abordaje Biopsicosocial del Ausentismo y Prevención en el periodo / Número total de acciones planificadas en el Plan Central de Abordaje Biopsicosocial del Ausentismo y Prevención) x 100	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 60,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 60,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

<b>IV Corte</b>		<b>50% de la evaluación anual</b>
Número Acción	4	
Acciones y/o Metas Específicas	Ejecución de al menos el <b>90,0%</b> de las actividades definidas en el Plan, considerando la fecha de corte.	
Medios de Verificación	i. Reporte trimestral elaborado por la Comisión Central de Ausentismo según formato definido (planilla Excel).	
Fórmula de Cálculo:	(Número de acciones implementadas del Plan Central de Abordaje Biopsicosocial del Ausentismo y Prevención en el periodo / Número total de acciones planificadas en el Plan Central de Abordaje Biopsicosocial del Ausentismo y Prevención) x 100	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 90,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 90,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	70,0%	
Número Acción	5	
Acciones y/o Metas Específicas	Evaluación del trabajo realizado durante el año 2021.	
Medios de Verificación	i. Informe de evaluación.	
Fórmula de Cálculo:	(Número de acciones cumplidas en el periodo / Número de acciones solicitadas en el periodo) x 100.	





	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
Cálculo del Cumplimiento:	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	10,0%	
Número Acción	6	
Acciones y/o Metas Específicas	Plan de trabajo actualizado para el periodo 2022.	
Medios de Verificación	i. Plan de trabajo actualizado 2022.	
Fórmula de Cálculo:	(Número de acciones cumplidas en el periodo / Número de acciones solicitadas en el periodo) x 100.	
	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
Cálculo del Cumplimiento:	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	20,0%	

## Notas del Indicador

1. La Comisión Central de Ausentismo enviará formato definido para el medio de verificación del plan de trabajo.

## Anexos

Anexo N°1: "Índice Máximo de Ausentismo por Servicio de Salud Índice de Ausentismo año 2021 Compromiso de Gestión N°21".

En consideración a lo observado a diciembre de 2020, se establecen Índice de Ausentismo máximo a presentar por cada Servicio de Salud a diciembre 2021.

Servicio de Salud	Índice de Ausentismo 2018	Índice de Ausentismo 2019	Índice de Ausentismo 2020	Índice de Ausentismo máximo 2021	Días a reducir	I corte 2021	II corte 2021	III corte 2021	IV corte 2021
S.S. Arica	14,9	14,4	19,0	<b>19,0</b>	0,0	4,8	9,5	14,3	19,0
S.S. Iquique	26,2	27,6	34,1	<b>29,5</b>	4,6	7,4	14,8	22,1	29,5
S.S. Antofagasta	17,6	22,5	27,2	<b>23,8</b>	3,4	6,0	11,9	17,9	23,8
S.S. Atacama	22,9	25,2	32,5	<b>28,5</b>	4,0	7,1	14,3	21,4	28,5
S.S. Coquimbo	23,6	22,0	23,9	<b>22,1</b>	1,8	5,5	11,1	16,6	22,1
S.S. Valparaíso-San Antonio	27,0	27,9	33,0	<b>28,9</b>	4,1	7,2	14,5	21,7	28,9
S.S. Viña del Mar-Quillota	29,4	30,7	44,7	<b>39,2</b>	5,5	9,8	19,6	29,4	39,2
S.S. Aconcagua	24,3	23,9	29,5	<b>25,8</b>	3,7	6,5	12,9	19,4	25,8
S.S. O'Higgins	24,7	27,6	35,8	<b>31,4</b>	4,4	7,9	15,7	23,6	31,4
S.S. Maule	21,5	22,3	28,7	<b>25,2</b>	3,5	6,3	12,6	18,9	25,2
S.S. Ñuble	24,1	26,7	32,1	<b>28,1</b>	4,0	7,0	14,1	21,1	28,1
S.S. Concepción	25,6	29,6	34,5	<b>30,2</b>	4,3	7,6	15,1	22,7	30,2
S.S. Arauco	28,2	32,0	34,9	<b>30,6</b>	4,3	7,7	15,3	23,0	30,6
S.S. Talcahuano	19,7	22,8	28,5	<b>25,0</b>	3,5	6,3	12,5	18,8	25,0
S.S. Bio Bio	21,7	25,1	26,6	<b>23,3</b>	3,3	5,8	11,7	17,5	23,3
S.S. Araucanía Norte	21,5	23,7	22,9	<b>21,7</b>	1,2	5,4	10,9	16,3	21,7
S.S. Araucanía Sur	26,7	26,9	28,3	<b>24,8</b>	3,5	6,2	12,4	18,6	24,8
S.S. Valdivia	15,0	15,4	16,8	<b>16,8</b>	0,0	4,2	8,4	12,6	16,8
S.S. Osorno	20,0	19,2	21,2	<b>21,2</b>	0,0	5,3	10,6	15,9	21,2



S.S. Del Reloncavi	21,2	23,3	26,8	<b>23,5</b>	3,3	5,9	11,8	17,6	23,5
S.S. Chiloé	27,7	26,8	28,9	<b>25,3</b>	3,6	6,3	12,7	19,0	25,3
S.S. Aysén	18,5	20,3	24,4	<b>21,6</b>	2,8	5,4	10,8	16,2	21,6
S.S. Magallanes	23,5	27,6	34,7	<b>30,4</b>	4,3	7,6	15,2	22,8	30,4
S.S. Met. Oriente	19,7	19,6	24,3	<b>22,0</b>	2,3	5,5	11,0	16,5	22,0
S.S. Met. Central	34,6	34,9	41,8	<b>36,6</b>	5,2	9,2	18,3	27,5	36,6
S.S. Met. Sur	24,9	25,9	33,4	<b>29,3</b>	4,1	7,3	14,7	22,0	29,3
S.S. Met. Norte	27,2	26,8	33,5	<b>29,4</b>	4,1	7,4	14,7	22,1	29,4
S.S. Met. Occidente	22,6	24,4	31,5	<b>27,6</b>	3,9	6,9	13,8	20,7	27,6
S.S. Met. Sur Oriente	27,7	27,8	32,9	<b>28,8</b>	4,1	7,2	14,4	21,6	28,8
<b>Total</b>	<b>24,2</b>	<b>25,5</b>	<b>31,0</b>	<b>27,3</b>	<b>3,7</b>	<b>6,8</b>	<b>13,7</b>	<b>20,5</b>	<b>27,3</b>

En la definición del Índice de Ausentismo Máximo por Servicio de Salud al año 2021 se tuvieron en consideración los siguientes supuestos:

1. Índice de Ausentismo observado en los tres últimos años y efecto de la pandemia por COVID 19 en el fenómeno.
2. Aumento de dotación efectiva, más suplencia y reemplazos, de un 5,0%, en base a lo observado en el año 2020.
3. Considerando la meta establecida para cada Servicio de Salud, se tendría en promedio una disminución en un promedio de 12% del índice de ausentismo anual, lo que equivale a una disminución de 3,3 días en promedio, con un mínimo 1,2 días y un máximo de 5,5 días y una moda de 4,1 días.
4. Disminución en un 7,0% promedio en los días totales de ausencia por licencia médica curativa por Servicio de Salud. Esta disminución a nivel nacional permitiría alcanzar un índice de ausentismo de 27,3 días en el año 2021.

Se establece como índice ideal a alcanzar igual o inferior a 22 días, en concordancia con lo planteado a los Establecimientos Autogestionados en Red a través del BSC. En el caso de los Servicios de Salud que presentan un Índice de Ausentismo a diciembre del año 2020 inferior a 22 días, se establece como meta para el 2021 mantener ese resultado.

Dado lo observado en el año 2020 no es posible asegurar una disminución mayor, considerando que aquellas condiciones que explican el aumento de días de ausencia asociado a la pandemia aún se encuentran presente.



COMPROMISO DE GESTIÓN N°22  
**FORTALECIMIENTO DE LA SALUD  
DIGITAL Y DE LOS SISTEMAS DE  
REGISTRO CLÍNICO ELECTRÓNICO EN  
SALUD**



<b>Ámbito RISS:</b>	Modelo Asistencial - Organización y Gestión.
<b>Atributo:</b>	Sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red, con desglose de los datos por sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes.

## Objetivo General

Mejorar el acceso y resolutivez de la red asistencial mediante la optimización de la gestión y cumplimiento de programación de los recursos en horas de profesionales de la salud, con énfasis en la coordinación de los niveles para satisfacer la demanda asistencial en las especialidades y teleinformes disponibles a través de Hospital Digital, además de robustecer la estrategia SIDRA por medio de la gestión de proyectos, la implementación y uso de los sistemas de registro clínico electrónico (RCE), impulsado a través de los equipos de trabajo interdisciplinarios conformados en cada red de Servicios de Salud para dar continuidad a la operación, explotación de datos e integración de sistemas otorgando respuesta a la oportunidad de contar con una historia clínica compartida a nivel nacional.

## Objetivos Específicos

- Potenciar los mecanismos de coordinación y gestión de las redes asistenciales, con optimización de la utilización de las horas de profesionales contratadas validadas por Salud Digital.
- Alcanzar el cumplimiento de las actividades programadas en atención primaria en relación a la producción anual, en un proceso programático que responde a la demanda de atención de especialistas.
- Optimizar el acceso a la atención mediante la gestión institucional a través de recursos y oferta de especialistas y profesionales de la salud desde Salud Digital, para mantener la red productiva, eficiente y eficaz que dé respuesta a la demanda asistencial.
- Optimizar la resolutivez de la atención mediante la gestión institucional a través de recursos y oferta de especialistas y profesionales de la salud desde Salud Digital, para mantener la red productiva, eficiente y eficaz que dé respuesta a la demanda asistencial.
- Dirigir la implementación de programación a Salud Digital de manera progresiva, y mecanismos de monitoreo del cumplimiento de la programación y de acciones para dar resolución a la brecha de atención de especialidad y profesionales de la salud en los niveles primario, secundario y terciario de salud.
- Implementar mecanismos de control de gestión, para la monitorización y seguimiento de cumplimiento de programación a Salud Digital y así definir las acciones correctivas en relación al proceso de programación y ejecución de ella.
- Generar análisis de la gestión de la oferta y demanda, para la programación de atención dirigida a Salud Digital.
- Contar con equipos de trabajo interdisciplinarios a cargo de la estrategia SIDRA, integrados por profesionales de distintas áreas de gestión (Clínica, administrativa, gestión de la información, estadística y TIC).
- Contar con un plan de trabajo que aborde los lineamientos entregados por la Estrategia SIDRA para el periodo.
- Avanzar en el proceso de implementación y uso de los sistemas de RCE en los establecimientos de salud del país.



- Lograr la interoperabilidad de sistemas clínicos de la red, asegurando que la información de los pacientes pueda ser accedida desde un único punto.
- Establecer procesos de validación de datos, asegurando la completitud y calidad de los registros.

## Marco Referencial y Consideraciones Técnicas

La Estrategia Nacional en Salud establece en el ámbito de Información en Salud que, para alcanzar los objetivos estratégicos definidos por el Ministerio de Salud, se requiere de sistemas de información que permitan contar con datos de calidad, entregados de manera oportuna para la gestión y toma de decisiones en los diferentes niveles de gestión del sector, desde los establecimientos de salud, Servicios de Salud, Secretarías Regionales y autoridades de nivel central.

En este contexto, el Ministerio de Salud ha establecido como meta que al año 2021 el 100% de los establecimientos públicos de salud del país cuenten con un sistema de registro clínico electrónico para la gestión de información de pacientes, sus atenciones y resultados.

Para lograr lo anterior, los Servicios de Salud deben resguardar la implementación y el uso del registro clínico electrónico en la red asistencial, velando por la calidad en los procesos de: instalación, capacitación, gestión del cambio, puesta en marcha, validación de registros y uso de la información de los sistemas implementados en cada establecimiento. Para esto, se debe robustecer la conformación del Equipo SIDRA, el cual debe estar integrado por profesionales de las áreas de gestión clínica y administrativa, gestión de información, estadística y tecnologías de la información.

En esta etapa del proyecto SIDRA, se debe garantizar el avance de nuevas implementaciones, la continuidad operacional e interoperabilidad de los sistemas de información, con el fin de contar con información oportuna y de calidad para la toma de decisiones.

## Definiciones y Terminología

- **RCE:** Registro Clínico Electrónico.
- **TIC:** Tecnología de la Información y Comunicaciones.
- **SS:** Servicio de Salud.
- **REM:** Resúmenes Estadísticos Mensuales.

## Nombre del Indicador

- **22.1** Porcentaje de ejecución de la oferta anual de mamografías derivadas a Hospital Digital en el periodo.
- **22.2** Porcentaje de ejecución de la oferta anual de telemedicina en las células de Hospital Digital de Nefrología, Diabetes, Geriatría y Dermatología en el periodo.
- **22.3** Porcentaje de avance SIDRA en implementación de Registro Clínico Electrónico en los procesos priorizados en el periodo (Agenda, referencia/contrarreferencia, Ambulatorio, Urgencia, Hospitalizado y Tabla Quirúrgica).



- **22.4** Porcentaje de procesos clínicos que cumplen con la evaluación de concordancia entre las atenciones médicas de los procesos priorizados (atención abierta, cerrada y urgencia) informadas a través de los registros clínicos (SIDRA) y las atenciones médicas informadas en el periodo a través de los REM enviados por los Servicios de Salud al DEIS.

### Meta Nacional Año 2021

- **100,0%** de ejecución de las metas de producción para cada Servicio de Salud, en las células de Hospital Digital de Mamografía, Dermatología, Diabetes, Geriátría y Nefrología.
- **100,0%** de avance en implementación y uso de RCE en los procesos Gestión de la demanda, Ambulatorio, Urgencia, Hospitalizado y Tabla Quirúrgica.
- **95,0%** de concordancia entre las atenciones priorizadas (atención abierta, cerrada y urgencia) informadas a través de los registros clínicos (SIDRA) y las atenciones informadas en el periodo a través de los REM enviados por los Servicios de Salud al DEIS.

### Metodología de Evaluación

Indicador	Ponderación por Corte
22.1 Porcentaje de tele-informes de mamografía derivados a Hospital Digital en el periodo.	<b>1,0%</b>
22.2 Porcentaje de consultas por telemedicina solicitadas para ser resueltas por Hospital Digital en las células de Dermatología, Diabetes, Geriátría y Nefrología en el periodo.	<b>1,0%</b>
22.3 Porcentaje de avance SIDRA en implementación de Registro Clínico Electrónico en los procesos priorizados en el periodo (Agenda, referencia/contrarreferencia, Ambulatorio, Urgencia, Hospitalizado y Tabla Quirúrgica).	<b>1,0%</b>
22.4 Porcentaje de procesos clínicos que cumplen con la evaluación de concordancia entre las atenciones médicas de los procesos priorizados (atención abierta, cerrada y urgencia) informadas a través de los registros clínicos (SIDRA) y las atenciones médicas informadas en el periodo a través de los REM enviados por los Servicios de Salud al DEIS.	<b>1,0%</b>

### Ficha General Indicador

Nombre del Indicador	<b>22.1 Porcentaje de tele-informes de mamografía derivados a Hospital Digital en el periodo.</b>
Fórmula de Cálculo	$\frac{\text{Número total de tele-informes de mamografías solicitados a Hospital Digital en el periodo } t / \text{Número total de tele-informes de mamografías comprometidos para derivar a Hospital Digital en el periodo } t}{1} \times 100.$
Fuente de Datos	REM A30 AR.

### Metas y Ponderaciones por Corte

I Corte	No Aplica
<b>II Corte</b>	<b>25% de la evaluación anual</b>
Número Acción	<b>1</b>
Acciones y/o Metas Específicas	Ejecutar al menos el <b>85,0%</b> de la oferta disponible de tele-informes de mamografía en el periodo abril - junio del año 2021, según la oferta disponible para cada Servicio de Salud.
Medios de Verificación	i. REM A30 AR



Fórmula de Cálculo:	(Número total de tele-informes de mamografías solicitados a Hospital Digital en el periodo t / Número total de tele-informes de mamografías comprometidos para derivar a Hospital Digital en el periodo t) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	$X \geq 85,0\%$	<b>100,0%</b>
	$85,0\% \leq X < 85,0\%$	<b>75,0%</b>
	$75,0\% \leq X < 75,0\%$	<b>50,0%</b>
	$65,0\% \leq X < 65,0\%$	<b>25,0%</b>
	$X < 65,0\%$	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

<b>III Corte</b>		<b>35% de la evaluación anual</b>
Número Acción	2	
Acciones y/o Metas Específicas	Ejecutar al menos el <b>85,0%</b> de la oferta disponible de tele-informes de mamografía en el periodo julio - septiembre del año 2021, según la oferta disponible para cada Servicio de Salud.	
Medios de Verificación	i. REM A30 AR	
Fórmula de Cálculo:	(Número total de tele-informes de mamografías solicitados a Hospital Digital en el periodo t / Número total de tele-informes de mamografías comprometidos para derivar a Hospital Digital en el periodo t) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	$X \geq 85,0\%$	<b>100,0%</b>
	$85,0\% \leq X < 85,0\%$	<b>75,0%</b>
	$75,0\% \leq X < 75,0\%$	<b>50,0%</b>
	$65,0\% \leq X < 65,0\%$	<b>25,0%</b>
	$X < 65,0\%$	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

<b>IV Corte</b>		<b>40% de la evaluación anual</b>
Número Acción	3	
Acciones y/o Metas Específicas	Ejecutar al menos el <b>85,0%</b> de la oferta disponible de tele-informes de mamografía en el periodo octubre - diciembre del año 2021, según la oferta disponible para cada Servicio de Salud.	
Medios de Verificación	i. REM A30 AR	
Fórmula de Cálculo:	(Número total de tele-informes de mamografías solicitados a Hospital Digital en el periodo t / Número total de tele-informes de mamografías comprometidos para derivar a Hospital Digital en el periodo t) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	$X \geq 85,0\%$	<b>100,0%</b>
	$85,0\% \leq X < 85,0\%$	<b>75,0%</b>
	$75,0\% \leq X < 75,0\%$	<b>50,0%</b>
	$65,0\% \leq X < 65,0\%$	<b>25,0%</b>
	$X < 65,0\%$	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

### Notas del Indicador

1. Las metas de ejecución anual y por corte, por Servicio de Salud, para la célula Mamografía de Hospital Digital evaluada en este indicador, se encuentran en los anexos.



## Ficha General Indicador

Nombre del Indicador	<b>22.2 Porcentaje de consultas por telemedicina solicitadas para ser resueltas por Hospital Digital en las células de Dermatología, Diabetes, Geriátría y Nefrología en el periodo.</b>
Fórmula de Cálculo	(Número total de consultas por telemedicina solicitadas para ser resueltas por Hospital Digital en las células de Dermatología, Diabetes, Geriátría y Nefrología en el periodo t / Número total de consultas por telemedicina comprometidos para derivar a Hospital Digital en las células de Dermatología, Diabetes, Geriátría y Nefrología en el periodo t) x 100.
Fuente de Datos	REM A30 AR.

## Metas y Ponderaciones por Corte

	I Corte	No Aplica
	<b>II Corte</b>	<b>25% de la evaluación anual</b>
Número Acción	<b>1</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Ejecutar al menos el <b>20,0%</b> de la meta de consultas por telemedicina de la célula de <b>Dermatología</b> , para ser resueltas por Hospital Digital en el periodo enero - junio del año 2021, según la oferta disponible para cada Servicio de Salud.	
Medios de Verificación	i. REM A30 AR	
Fórmula de Cálculo:	(Número total de consultas por telemedicina solicitadas para ser resueltas por Hospital Digital en la célula de Dermatología en el periodo t / Número total de consultas por telemedicina comprometidos para derivar a Hospital Digital en la célula de Dermatología en el periodo t) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	$X \geq 20,0\%$	<b>100,0%</b>
	$15,0\% \leq X < 20,0\%$	<b>75,0%</b>
	$10,0\% \leq X < 15,0\%$	<b>50,0%</b>
	$5,0\% \leq X < 10,0\%$	<b>25,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	25,0%	
Número Acción	<b>2</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Ejecutar al menos el <b>20,0%</b> de la meta de consultas por telemedicina de la célula de <b>Diabetes</b> , para ser resueltas por Hospital Digital en el periodo enero - junio del año 2021, según la oferta disponible para cada Servicio de Salud.	
Medios de Verificación	i. REM A30 AR	
Fórmula de Cálculo:	(Número total de consultas por telemedicina solicitadas para ser resueltas por Hospital Digital en la célula de Diabetes en el periodo t / Número total de consultas por telemedicina comprometidos para derivar a Hospital Digital en la célula de Diabetes en el periodo t) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	$X \geq 20,0\%$	<b>100,0%</b>
	$15,0\% \leq X < 20,0\%$	<b>75,0%</b>
	$10,0\% \leq X < 15,0\%$	<b>50,0%</b>
	$5,0\% \leq X < 10,0\%$	<b>25,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	25,0%	
Número Acción	<b>3</b>	





Acciones y/o Metas Específicas	Ejecutar al menos el <b>20,0%</b> de la meta de consultas por telemedicina de la célula de <b>Geriatría</b> , para ser resueltas por Hospital Digital en el periodo enero – junio del año 2021, según la oferta disponible para cada Servicio de Salud.	
Medios de Verificación	i. REM A30 AR	
Fórmula de Cálculo:	(Número total de consultas por telemedicina solicitadas para ser resueltas por Hospital Digital en la célula de Geriatría en el periodo t / Número total de consultas por telemedicina comprometidos para derivar a Hospital Digital en la célula de Geriatría en el periodo t) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 20,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>15,0% ≤ X &lt; 20,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>10,0% ≤ X &lt; 15,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>5,0% ≤ X &lt; 10,0%</b>	<b>25,0%</b>
<b>X &lt; 5,0%</b>	<b>0,0%</b>	
Ponderación al Corte de la Acción	25,0%	
Número Acción	<b>4</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Ejecutar al menos el <b>20,0%</b> de la meta de consultas por telemedicina de la célula de <b>Nefrología</b> , para ser resueltas por Hospital Digital en el periodo enero – junio del año 2021, según la oferta disponible para cada Servicio de Salud.	
Medios de Verificación	i. REM A30 AR	
Fórmula de Cálculo:	(Número total de consultas por telemedicina solicitadas para ser resueltas por Hospital Digital en la célula de Nefrología en el periodo t / Número total de consultas por telemedicina comprometidos para derivar a Hospital Digital en la célula de Nefrología en el periodo t) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 20,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>15,0% ≤ X &lt; 20,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>10,0% ≤ X &lt; 15,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>5,0% ≤ X &lt; 10,0%</b>	<b>25,0%</b>
<b>X &lt; 5,0%</b>	<b>0,0%</b>	
Ponderación al Corte de la Acción	25,0%	

	<b>III Corte</b>	<b>35% de la evaluación anual</b>
Número Acción	<b>5</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Ejecutar al menos el <b>60,0%</b> de la meta de consultas por telemedicina de la célula de <b>Dermatología</b> , para ser resueltas por Hospital Digital en el periodo enero – septiembre del año 2021, según la oferta disponible para cada Servicio de Salud.	
Medios de Verificación	i. REM A30 AR	
Fórmula de Cálculo:	(Número total de consultas por telemedicina solicitadas para ser resueltas por Hospital Digital en la célula de Dermatología en el periodo t / Número total de consultas por telemedicina comprometidos para derivar a Hospital Digital en la célula de Dermatología en el periodo t) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 60,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>50,0% ≤ X &lt; 60,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>40,0% ≤ X &lt; 50,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>30,0% ≤ X &lt; 40,0%</b>	<b>25,0%</b>
<b>X &lt; 30,0%</b>	<b>0,0%</b>	
Ponderación al Corte de la Acción	25,0%	
Número Acción	<b>6</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Ejecutar al menos el <b>60,0%</b> de la meta de consultas por telemedicina de la célula de <b>Diabetes</b> , para ser resueltas por Hospital Digital en el periodo enero – septiembre del año 2021, según la oferta disponible para cada Servicio de Salud.	



Medios de Verificación	i. REM A30 AR	
Fórmula de Cálculo:	(Número total de consultas por telemedicina solicitadas para ser resueltas por Hospital Digital en la célula de Diabetes en el periodo t / Número total de consultas por telemedicina comprometidos para derivar a Hospital Digital en la célula de Diabetes en el periodo t) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 60,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>50,0% ≤ X &lt; 60,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>40,0% ≤ X &lt; 50,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>30,0% ≤ X &lt; 40,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 30,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	25,0%	
Número Acción	<b>7</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Ejecutar al menos el <b>60,0%</b> de la meta de consultas por telemedicina de la célula de <b>Geriatría</b> , para ser resueltas por Hospital Digital en el periodo enero - septiembre del año 2021, según la oferta disponible para cada Servicio de Salud.	
Medios de Verificación	i. REM A30 AR	
Fórmula de Cálculo:	(Número total de consultas por telemedicina solicitadas para ser resueltas por Hospital Digital en la célula de Geriatría en el periodo t / Número total de consultas por telemedicina comprometidos para derivar a Hospital Digital en la célula de Geriatría en el periodo t) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 60,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>50,0% ≤ X &lt; 60,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>40,0% ≤ X &lt; 50,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>30,0% ≤ X &lt; 40,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 30,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	25,0%	
Número Acción	<b>8</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Ejecutar al menos el <b>60,0%</b> de la meta de consultas por telemedicina de la célula de <b>Nefrología</b> , para ser resueltas por Hospital Digital en el periodo enero - septiembre del año 2021, según la oferta disponible para cada Servicio de Salud.	
Medios de Verificación	i. REM A30 AR	
Fórmula de Cálculo:	(Número total de consultas por telemedicina solicitadas para ser resueltas por Hospital Digital en la célula de Nefrología en el periodo t / Número total de consultas por telemedicina comprometidos para derivar a Hospital Digital en la célula de Nefrología en el periodo t) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 60,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>50,0% ≤ X &lt; 60,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>40,0% ≤ X &lt; 50,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>30,0% ≤ X &lt; 40,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 30,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	25,0%	

	<b>IV Corte</b>	<b>40% de la evaluación anual</b>
Número Acción	<b>9</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Ejecutar el <b>100,0%</b> de la meta de consultas por telemedicina de la célula de <b>Dermatología</b> , para ser resueltas por Hospital Digital en el periodo enero - diciembre del año 2021, según la oferta disponible para cada Servicio de Salud.	
Medios de Verificación	i. REM A30 AR	
Fórmula de Cálculo:	(Número total de consultas por telemedicina solicitadas para ser resueltas por Hospital Digital en la célula de Dermatología en el periodo t / Número total de consultas por telemedicina comprometidos para derivar a Hospital Digital en la célula de Dermatología en el periodo t) x 100.	



100.

Cálculo del Cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	$X \geq 100,0\%$	100,0%
	$90,0\% \leq X < 100,0\%$	75,0%
	$80,0\% \leq X < 90,0\%$	50,0%
	$70,0\% \leq X < 80,0\%$	25,0%
	$X < 70,0\%$	0,0%
Ponderación al Corte de la Acción	25,0%	
Número Acción	10	
Acciones y/o Metas Específicas	Ejecutar el <b>100,0%</b> de la meta de consultas por telemedicina de la célula de <b>Diabetes</b> , para ser resueltas por Hospital Digital en el periodo enero - diciembre del año 2021, según la oferta disponible para cada Servicio de Salud.	
Medios de Verificación	i. REM A30 AR	
Fórmula de Cálculo:	$(\text{Número total de consultas por telemedicina solicitadas para ser resueltas por Hospital Digital en la célula de Diabetes en el periodo t} / \text{Número total de consultas por telemedicina comprometidos para derivar a Hospital Digital en la célula de Diabetes en el periodo t}) \times 100.$	
Cálculo del Cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	$X \geq 100,0\%$	100,0%
	$90,0\% \leq X < 100,0\%$	75,0%
	$80,0\% \leq X < 90,0\%$	50,0%
	$70,0\% \leq X < 80,0\%$	25,0%
	$X < 70,0\%$	0,0%
Ponderación al Corte de la Acción	25,0%	
Número Acción	11	
Acciones y/o Metas Específicas	Ejecutar el <b>100,0%</b> de la meta de consultas por telemedicina de la célula de <b>Geriatría</b> , para ser resueltas por Hospital Digital en el periodo enero - diciembre del año 2021, según la oferta disponible para cada Servicio de Salud.	
Medios de Verificación	i. REM A30 AR	
Fórmula de Cálculo:	$(\text{Número total de consultas por telemedicina solicitadas para ser resueltas por Hospital Digital en la célula de Geriatría en el periodo t} / \text{Número total de consultas por telemedicina comprometidos para derivar a Hospital Digital en la célula de Geriatría en el periodo t}) \times 100.$	
Cálculo del Cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	$X \geq 100,0\%$	100,0%
	$90,0\% \leq X < 100,0\%$	75,0%
	$80,0\% \leq X < 90,0\%$	50,0%
	$70,0\% \leq X < 80,0\%$	25,0%
	$X < 70,0\%$	0,0%
Ponderación al Corte de la Acción	25,0%	
Número Acción	12	
Acciones y/o Metas Específicas	Ejecutar el <b>100,0%</b> de la oferta disponible de consultas por telemedicina de la célula de <b>Nefrología</b> , para ser resueltas por Hospital Digital en el periodo enero - diciembre del año 2021, según la oferta disponible para cada Servicio de Salud.	
Medios de Verificación	i. REM A30 AR	
Fórmula de Cálculo:	$(\text{Número total de consultas por telemedicina solicitadas para ser resueltas por Hospital Digital en la célula de Nefrología en el periodo t} / \text{Número total de consultas por telemedicina comprometidos para derivar a Hospital Digital en la célula de Nefrología en el periodo t}) \times 100.$	
Cálculo del Cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	$X \geq 100,0\%$	100,0%
	$90,0\% \leq X < 100,0\%$	75,0%
	$80,0\% \leq X < 90,0\%$	50,0%
	$70,0\% \leq X < 80,0\%$	25,0%



	<b>X &lt; 70,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	25,0%	

### Notas del Indicador

1. Las metas de ejecución anual y por corte, por Servicio de Salud, para cada célula de Hospital Digital evaluadas en este indicador, se encuentran en los anexos.
2. Para la célula de Diabetes, los Servicios de Salud tendrán la posibilidad de reprogramar su meta, según las indicaciones y plazo que serán entregadas por Hospital Digital antes del 31 de marzo de 2021.
3. Para el cálculo del numerador del indicador, el registro se extrae del REM A30 AR de las columnas donde se registran las consultas por telemedicina solicitadas desde APS o nivel secundario para ser resueltas por Hospital Digital.

### Ficha General Indicador

Nombre del Indicador	<b>22.3 Porcentaje de avance SIDRA en implementación de Registro Clínico Electrónico en los procesos priorizados en el periodo (Agenda, Referencia/Contra-Referencia, Ambulatorio, Urgencia, Hospitalizado y Tabla Quirúrgica).</b>
Fórmula de Cálculo	(Número de Hitos cumplidos según Plan de Trabajo SIDRA en el periodo t / N° total de Hitos planificados en el Plan de Trabajo SIDRA para el periodo t) x 100.
Fuente de Datos	Planificación SIDRA 2021.

### Metas y Ponderaciones por Corte

<b>I Corte</b>		<b>25% de la evaluación anual</b>
Número Acción	<b>1</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Cumplimiento del <b>100,0%</b> de los hitos definidos en el plan de trabajo del Proyecto SIDRA para el periodo, orientado fundamentalmente al proceso de implementación de los sistemas de Registro Clínico Electrónico en los establecimientos de la red asistencial y referidos a los procesos definidos como prioritarios.	
Medios de Verificación	i. Planificación SIDRA 2021, informada mensualmente en plataforma SharePoint	
Fórmula de Cálculo:	(Número de Hitos cumplidos según Plan de Trabajo SIDRA en el periodo t / N° total de Hitos planificados en el Plan de Trabajo SIDRA para el periodo t) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>90,0% ≤ X &lt; 100,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>80,0% ≤ X &lt; 90,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>70,0% ≤ X &lt; 80,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 70,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

<b>II Corte</b>		<b>25% de la evaluación anual</b>
Número Acción	<b>2</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Cumplimiento del <b>100,0%</b> de los hitos definidos en el plan de trabajo del Proyecto SIDRA para el periodo, orientado fundamentalmente al proceso de implementación de los sistemas de Registro Clínico Electrónico en los establecimientos de la red asistencial y referidos a los procesos definidos como prioritarios.	



Medios de Verificación	i. Planificación SIDRA 2021, informada mensualmente en plataforma SharePoint.	
Fórmula de Cálculo:	(Número de Hitos cumplidos según Plan de Trabajo SIDRA en el periodo t / N° total de Hitos planificados en el Plan de Trabajo SIDRA para el periodo t) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>90,0% ≤ X &lt; 100,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>80,0% ≤ X &lt; 90,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>70,0% ≤ X &lt; 80,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 70,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

<b>III Corte</b>		<b>25% de la evaluación anual</b>
Número Acción	<b>3</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Cumplimiento del <b>100,0%</b> de los hitos definidos en el plan de trabajo del Proyecto SIDRA para el periodo, orientado fundamentalmente al proceso de implementación de los sistemas de Registro Clínico Electrónico en los establecimientos de la red asistencial y referidos a los procesos definidos como prioritarios.	
Medios de Verificación	i. Planificación SIDRA 2021, informada mensualmente en plataforma SharePoint.	
Fórmula de Cálculo:	(Número de Hitos cumplidos según Plan de Trabajo SIDRA en el periodo t / N° total de Hitos planificados en el Plan de Trabajo SIDRA para el periodo t) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>90,0% ≤ X &lt; 100,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>80,0% ≤ X &lt; 90,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>70,0% ≤ X &lt; 80,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 70,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

<b>IV Corte</b>		<b>25% de la evaluación anual</b>
Número Acción	<b>4</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Cumplimiento del <b>100,0%</b> de los hitos definidos en el plan de trabajo del Proyecto SIDRA para el periodo, orientado fundamentalmente al proceso de implementación de los sistemas de Registro Clínico Electrónico en los establecimientos de la red asistencial y referidos a los procesos definidos como prioritarios.	
Medios de Verificación	i. Planificación SIDRA 2021, informada mensualmente en plataforma SharePoint.	
Fórmula de Cálculo:	(Número de Hitos cumplidos según Plan de Trabajo SIDRA en el periodo t / N° total de Hitos planificados en el Plan de Trabajo SIDRA para el periodo t) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>90,0% ≤ X &lt; 100,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>80,0% ≤ X &lt; 90,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>70,0% ≤ X &lt; 80,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 70,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

### Ficha General Indicador

Nombre del Indicador	<b>22.4 Porcentaje de Procesos Clínicos que cumplen con la evaluación de concordancia entre las atenciones médicas de los procesos priorizados (atención abierta, cerrada y urgencia)</b>
----------------------	---



	<b>informadas a través de los registros clínicos (SIDRA) y las atenciones médicas informadas en el periodo a través de los REM enviados por los Servicios de Salud al DEIS.</b>
Fórmula de Cálculo	<p>Fórmula para evaluar concordancia de las atenciones médicas realizadas por proceso, en cada Servicio de Salud:</p> <p>(Total de atenciones médicas realizadas por el Servicio de Salud para el proceso priorizado del total de establecimientos comprometidos en la Estrategia SIDRA del periodo t / Total de atenciones médicas realizadas por el Servicio de Salud para el proceso priorizado informadas en REM del total de establecimientos comprometidos en la Estrategia SIDRA del periodo t) X 100</p> <p>Fórmula para evaluar cumplimiento del CG por el Servicio de Salud:</p> <p>(Total de procesos que cumplen umbral del &gt;= 95,0% de concordancia en el periodo t / Total de procesos evaluados en el periodo t) X 100</p>
Fuente de Datos	<p>Archivo de texto plano con información de los registros individualizados de los procesos priorizados.</p> <p>REM enviado por los SS y provistos por DEIS para análisis.</p>

### Metas y Ponderaciones por Corte

I Corte		25% de la evaluación anual
Número Acción	1	
Acciones y/o Metas Específicas	Alcanzar el <b>95,0%</b> de concordancia entre las atenciones registradas en los sistemas de información de registro clínico en los procesos comprometidos en la estrategia SIDRA y las atenciones informadas a través de REM.	
Medios de Verificación	i. Archivo de texto plano con información de los registros individualizados de los procesos priorizados. ii. REM enviado por los SS y provistos por DEIS para análisis.	
Fórmula de Cálculo:	(Total de procesos que cumplen umbral del >= 95,0% de concordancia en el periodo t / Total de procesos evaluados en el periodo t) X 100	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 95,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>90,0% ≤ X &lt; 95,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>85,0% ≤ X &lt; 90,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>80,0% ≤ X &lt; 85,0%</b>	<b>25,0%</b>
<b>X &lt; 80,0%</b>	<b>0,0%</b>	
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

II Corte		25% de la evaluación anual
Número Acción	2	
Acciones y/o Metas Específicas	Alcanzar el <b>95,0%</b> de concordancia entre las atenciones registradas en los sistemas de información de registro clínico en los procesos comprometidos en la estrategia SIDRA y las atenciones informadas a través de REM.	
Medios de Verificación	i. Archivo de texto plano con información de los registros individualizados de los procesos priorizados. ii. REM enviado por los SS y provistos por DEIS para análisis.	
Fórmula de Cálculo:	(Total de procesos que cumplen umbral del >= 95,0% de concordancia en el periodo t / Total de procesos evaluados en el periodo t) X 100	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 95,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>90,0% ≤ X &lt; 95,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>85,0% ≤ X &lt; 90,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>80,0% ≤ X &lt; 85,0%</b>	<b>25,0%</b>



	<b>X &lt; 80,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

<b>III Corte</b>		<b>25% de la evaluación anual</b>
Número Acción	<b>3</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Alcanzar el <b>95,0%</b> de concordancia entre las atenciones registradas en los sistemas de información de registro clínico en los procesos comprometidos en la estrategia SIDRA y las atenciones informadas a través de REM.	
Medios de Verificación	i. Archivo de texto plano con información de los registros individualizados de los procesos priorizados. ii. REM enviado por los SS y provistos por DEIS para análisis.	
Fórmula de Cálculo:	(Total de procesos que cumplen umbral del $\geq 95,0\%$ de concordancia en el periodo t / Total de procesos evaluados en el periodo t) X 100	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X <math>\geq</math> 95,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>90,0% <math>\leq</math> X &lt; 95,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>85,0% <math>\leq</math> X &lt; 90,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>80,0% <math>\leq</math> X &lt; 85,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 80,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

<b>IV Corte</b>		<b>25% de la evaluación anual</b>
Número Acción	<b>4</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Alcanzar el <b>95,0%</b> de concordancia entre las atenciones registradas en los sistemas de información de registro clínico en los procesos comprometidos en la estrategia SIDRA y las atenciones informadas a través de REM.	
Medios de Verificación	i. Archivo de texto plano con información de los registros individualizados de los procesos priorizados. ii. REM enviado por los SS y provistos por DEIS para análisis.	
Fórmula de Cálculo:	(Total de procesos que cumplen umbral del $\geq 95,0\%$ de concordancia en el periodo t / Total de procesos evaluados en el periodo t) X 100	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X <math>\geq</math> 95,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>90,0% <math>\leq</math> X &lt; 95,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>85,0% <math>\leq</math> X &lt; 90,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>80,0% <math>\leq</math> X &lt; 85,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 80,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

### Notas del Indicador

1. La medición es acumulativa considerando los siguientes periodos: Enero - Marzo. Enero - Junio, Enero - Septiembre y Enero - Diciembre.
2. El envío y/o actualización fuera de plazo de cualquiera de los verificadores implica el no cumplimiento de la meta.
3. Los medios de verificación que se envíen incompletos no serán considerados en la evaluación.
4. El Anexo con el formato tipo asociado al plan de implementación se enviarán en enero 2021.
5. La Información asociada al REM será entregada directamente por DEIS MINSAL a TIC MINSAL.



6. Formaran parte del universo de establecimientos a considerar aquellos informados en producción durante el año 2020.
7. Aquellos establecimientos que se encuentren en proceso de puesta en marcha de su implementación sólo serán monitoreados. El Servicio de Salud deberá informar al referente MINSAL la fecha de entrada en producción para su consideración en la evaluación.
8. Toda solicitud de modificación a considerar en las evaluaciones deberá ser solicitada por medio oficial, a través de ordinario con fecha anterior a la evaluación del corte, especificando establecimiento, proceso y justificación de la no evaluación.

## Anexos

### Anexo N°1: “Metas por Servicio de Salud, anual y por corte, para la ejecución de tele-informes de Mamografía por Hospital Digital”.

Para el cálculo de las metas trimestrales por Servicio de Salud, se tomaron en cuenta los siguientes factores productivos:

	Mamógrafo Fijo	Mamógrafo Móvil
Rendimiento por hora	3	3
horas diarias de funcionamiento	7	6
Días semanales consideradas	5	5
Semanas mensuales consideradas	4	4
Producción anual esperada	5040	4320
Producción trimestral esperada	1260	1080
Producción mensual esperada	420	360

Servicio de Salud	Número de Mamógrafos por Servicio de Salud	Oferta Total Anual	Oferta Total Trimestral	Meta Trimestral por Corte (85,0%)
Arica	1	4320	1080	918
Iquique	0	0	No Aplica	No Aplica
Antofagasta	1	5040	1260	1071
Atacama	1	5040	1260	1071
Coquimbo	2	9360	2340	1989
Aconcagua	1	5040	1260	1071
Valparaíso - San Antonio	0	0	No Aplica	No Aplica
Viña Del Mar - Quillota	1	5040	1260	1071
Metropolitano Norte	0	0	No Aplica	No Aplica
Metropolitano Occidente	3	15120	3780	3213
Metropolitano Central	1	4320	1080	918
Metropolitano Oriente	0	0	No Aplica	No Aplica
Metropolitano Sur	1	5040	1260	1071
Metropolitano Sur Oriente	1	4320	1080	918
Del Libertador B. O'Higgins	3	14400	3600	3060
Maule	3	15120	3780	3213





Ñuble	2	10080	2520	2142
Concepción	1	5040	1260	1071
Talcahuano	2	10080	2520	2142
Biobío	0	0	No Aplica	No Aplica
Arauco	0	0	No Aplica	No Aplica
Araucanía Norte	1	5040	1260	1071
Araucanía Sur	1	4320	1080	918
Valdivia	3	15120	3780	3213
Osorno	1	4320	1080	918
Del Reloncaví	1	5040	1260	1071
Chiloé	1	4320	1080	918
Aysén	1	4320	1080	918
Magallanes	1	4320	1080	918
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>164160</b>	<b>41040</b>	<b>34884</b>

Anexo N°2: “Metas por Servicio de Salud, anual y por corte, de consultas por telemedicina de la célula de Dermatología solicitadas para ser resueltas por Hospital Digital”.

Servicio de salud	Oferta Total de Hospital Digital	Meta Anual de Ejecución (85,0% Oferta)	Metas por Corte		
			II Corte (20,0%)	III Corte (60,0%)	IV Corte (100,0%)
Arica	948	806	161	484	806
Iquique	1175	999	200	599	999
Antofagasta	1896	1612	322	967	1612
Atacama	1343	1142	228	685	1142
Coquimbo	2638	2242	448	1345	2242
Valparaíso- San Antonio	1460	1241	248	745	1241
Viña del Mar - Quillota	763	649	130	389	649
Aconcagua	429	365	73	219	365
Metropolitano Norte	1495	1271	254	763	1271
Metropolitano Occidente	1187	1009	202	605	1009
Metropolitano Central	804	683	137	410	683
Metropolitano Oriente	1781	1514	303	908	1514
Metropolitano Sur	764	649	130	389	649
Metropolitano Sur Oriente	1046	889	178	533	889
Del Libertador B. O'Higgins	3189	2711	542	1627	2711
Maule	1477	1255	251	753	1255
Ñuble	1704	1448	290	869	1448
Concepción	1438	1222	244	733	1222
Talcahuano	1111	944	189	566	944
Bio-Bío	1509	1283	257	770	1283
Arauco	855	727	145	436	727
Araucanía Norte	515	438	88	263	438
Araucanía Sur	155	132	26	79	132
Valdivia	967	822	164	493	822
Osorno	220	187	37	112	187
Del Reloncaví	2214	1882	376	1129	1882
Chiloé	1119	951	190	571	951



Aysén	357	303	61	182	303
Magallanes	524	445	89	267	445
<b>TOTAL</b>	<b>35083</b>	<b>29821</b>	<b>5963</b>	<b>17891</b>	<b>29821</b>

Anexo N°3: “Metas por Servicio de Salud, anual y por corte, de consultas por telemedicina de la célula de Diabetes solicitadas para ser resueltas por Hospital Digital”.

Servicio de Salud	Oferta Total de Hospital Digital	Meta de Producción (En base al 45,0% de personas diabéticas inscritas en el PSCV (HbA1C>=9) 2020)	Metas por Corte		
			II Corte (20,0%)	III Corte (60,0%)	IV Corte (100,0%)
Arica	2734	1015	203	609	1015
Iquique	4076	1002	200	601	1002
Antofagasta	3880	1536	307	922	1536
Atacama	2773	1217	243	730	1217
Coquimbo	9094	2490	498	1494	2490
Valparaíso- San Antonio	5552	2079	416	1247	2079
Viña del Mar - Quillota	14584	3389	678	2033	3389
Aconcagua	2736	968	194	581	968
Metropolitano Norte	11084	2981	596	1789	2981
Metropolitano Occidente	19042	5774	1155	3464	5774
Metropolitano Central	5400	2109	422	1265	2109
Metropolitano Oriente	9870	2365	473	1419	2365
Metropolitano Sur	19046	5901	1180	3541	5901
Metropolitano Sur Oriente	19074	4579	916	2747	4579
O'Higgins	11000	3304	661	1982	3304
Maule	17036	5073	1015	3044	5073
Ñuble	4536	4505	901	2703	4505
Concepción	6743	2520	504	1512	2520
Talcahuano	4548	1412	282	847	1412
Bio-Bío	3536	2515	503	1509	2515
Arauco	736	736	147	442	736
Araucanía Norte	2336	1057	211	634	1057
Araucanía Sur	12036	3910	782	2346	3910
Valdivia	5234	2108	422	1265	2108
Osorno	3664	2092	418	1255	2092
Reloncaví	3962	1912	382	1147	1912
Chiloé	1986	790	158	474	790
Aysén	850	411	82	247	411
Magallanes	1662	603	121	362	603
<b>Total</b>	<b>208810</b>	<b>70585</b>	<b>14070</b>	<b>42211</b>	<b>70353</b>

Anexo N°4: “Metas por Servicio de Salud, anual y por corte, de consultas por telemedicina de la célula de Geriatría solicitadas para ser resueltas por Hospital Digital”.



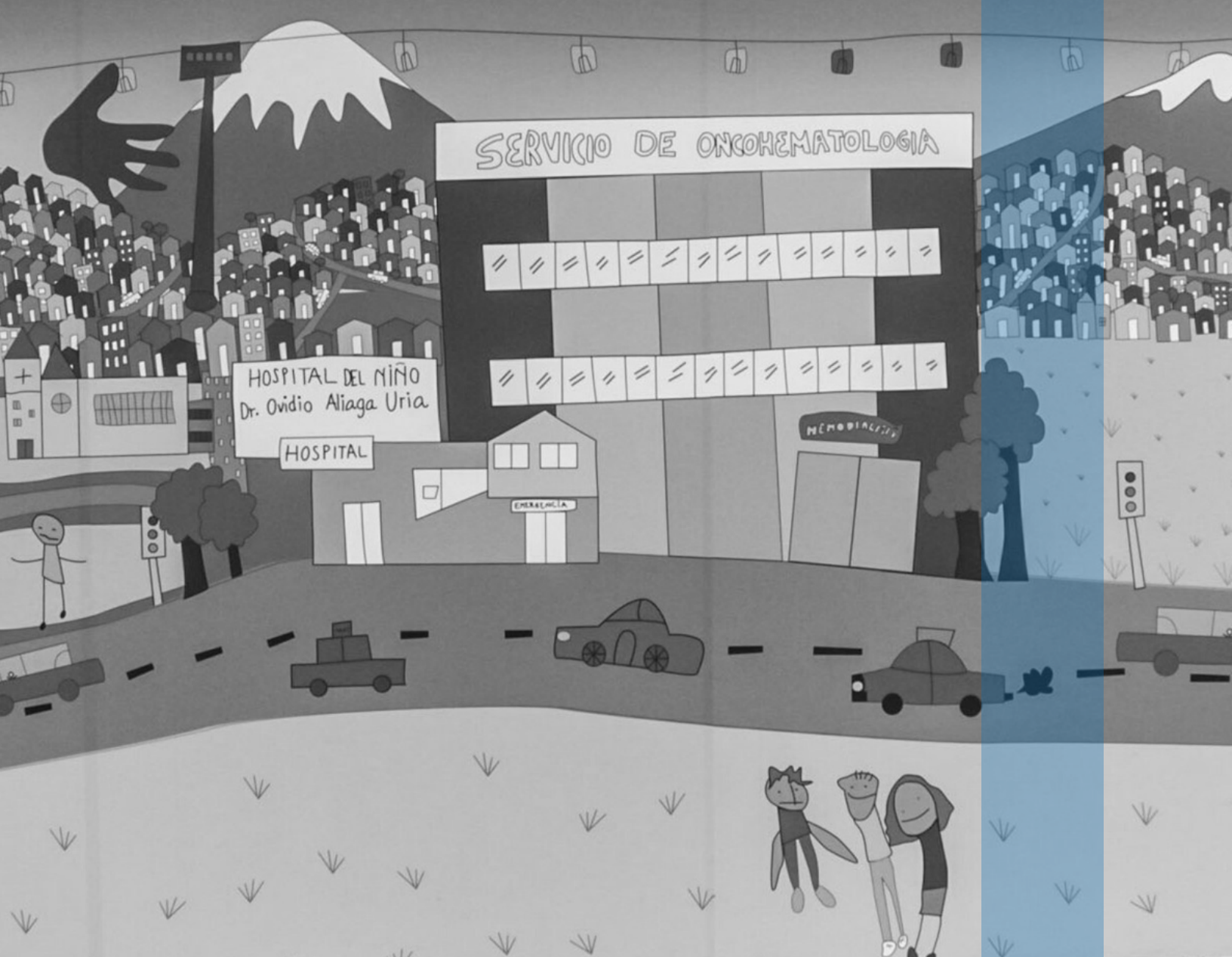
Servicio de Salud	Oferta Total de Hospital Digital	Metas por Corte		
		II Corte (20,0%)	III Corte (60,0%)	IV Corte (100,0%)
Arica	10	2	6	10
Iquique	106	21	64	106
Antofagasta	284	57	170	284
Atacama	106	21	64	106
Coquimbo	212	42	127	212
Aconcagua	56	11	34	56
Valparaíso- San Antonio	24	5	14	24
Viña del Mar - Quillota	112	22	67	112
Metropolitano Norte	12	2	7	12
Metropolitano Occidente	206	41	124	206
Metropolitano Central	6	1	4	6
Metropolitano Oriente	68	14	41	68
Metropolitano Sur	112	22	67	112
Metropolitano Sur Oriente	123	25	74	123
O'Higgins	6	1	4	6
Maule	48	10	29	48
Ñuble	6	1	4	6
Concepción	36	7	22	36
Talcahuano	48	10	29	48
Bio-Bío	6	1	4	6
Arauco	6	1	4	6
Araucanía Norte	24	5	14	24
Araucanía Sur	66	13	40	66
Valdivia	30	6	18	30
Osorno	66	13	40	66
Reloncaví	6	1	4	6
Chiloé	24	5	14	24
Aysén	31	6	19	31
Magallanes	6	1	4	6
<b>Total</b>	<b>1846</b>	<b>367</b>	<b>1112</b>	<b>1846</b>

Anexo N°5: "Metas por Servicio de Salud, anual y por corte, de consultas por telemedicina de la célula de Nefrología solicitadas para ser resueltas por Hospital Digital".

Servicio de Salud	Oferta Total de Hospital Digital	Metas por Corte		
		II Corte (20,0%)	III Corte (60,0%)	IV Corte (100,0%)
Arica	50	10	30	50
Iquique	320	64	192	320
Antofagasta	930	186	558	930
Atacama	270	54	162	270
Coquimbo	410	82	246	410
Aconcagua	120	24	72	120
Valparaíso- San Antonio	360	72	216	360
Viña del Mar - Quillota	165	33	99	165
Metropolitano Norte	480	96	288	480



Metropolitano Occidente	60	12	36	60
Metropolitano Central	0	No Aplica	No Aplica	No Aplica
Metropolitano Oriente	930	186	558	930
Metropolitano Sur	220	44	132	220
Metropolitano Sur Oriente	465	93	279	465
O'Higgins	60	12	36	60
Maule	120	24	72	120
Ñuble	570	114	342	570
Concepción	480	96	288	480
Talcahuano	285	57	171	285
Bio-Bío	480	96	288	480
Arauco	300	60	180	300
Araucanía Norte	60	12	36	60
Araucanía Sur	160	32	96	160
Valdivia	60	12	36	60
Osorno	120	24	72	120
Reloncaví	180	36	108	180
Chiloé	60	12	36	60
Aysén	60	12	36	60
Magallanes	60	12	36	60
<b>Total</b>	<b>7835</b>	<b>1567</b>	<b>4701</b>	<b>7835</b>



**COMPROMISO DE GESTIÓN N°23**  
**FORTALECIMIENTO DE LOS SISTEMAS**  
**DE INFORMACIÓN EN EL ÁMBITO DE**  
**GESTIÓN Y DESARROLLO DE LAS**  
**PERSONAS**



<b>Ámbito RISS:</b>	Organización y Gestión.
<b>Atributo:</b>	10. Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico.

## Objetivo General

Establecer los mecanismos, estrategias y procesos que permitan optimizar los beneficios derivados del uso de la información en el ámbito de la gestión y desarrollo de las personas en la red asistencial pública de salud.

## Objetivos Específicos

- Identificar las principales causas que dificultan y/o favorecen la obtención de información de calidad.
- Realizar levantamiento de registros.
- Definir un plan de trabajo para abordar los procesos de mejora en la calidad del registro y trazabilidad del dato en los Sistemas de Información.
- Ejecutar el plan de trabajo para abordar los procesos de mejora para la generación de Información.
- Identificar mecanismos de verificación de la calidad de la información.

## Marco Referencial y Consideraciones Técnicas

La fuerza laboral de salud es la base sobre la que descansa la organización de los sistemas sanitarios, su importancia no radica sólo en la función fundamental de proveer servicios de salud, sino que además representa cerca de 60% del gasto del sistema público de salud, convirtiéndolo en un factor clave en el momento de planificar, organizar y ejecutar las políticas públicas de salud.

Esta realidad no es ajena a lo que enfrentan el resto de los países de Latinoamérica, y es en este contexto que las líneas estratégicas de acción que, organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organismo Andino de Salud (ORAS CONHU), se orientan a fortalecer la planificación y la gestión de los recursos humanos en salud.

El “Llamado a la Acción de Toronto 2006–2015” reconoció el ciclo laboral y sus componentes como conceptos clave para la planificación y gestión del personal sanitario. Su complejo abordaje requeriría esencialmente sistemas de información de recursos humanos en salud, formulación de políticas, instrumentos y modelos de evaluación que permitieran racionalizar las decisiones y armonizar la oferta de recursos humanos en salud con su demanda.

En este escenario, en el periodo 2009–2019, el registro y análisis de información sobre el personal de salud ha mejorado en forma importante mediante la instalación del Sistema Informático de Recursos Humanos (SIRH), y donde la influencia de los modelos de cálculo para planificar y gestionar los recursos humanos en salud se ha vuelto predominante; el avance metodológico para lograr un buen diagnóstico sigue siendo inestable.

Actualmente la Estrategia Mundial de Recursos Humanos 2030 hacia el Acceso y la Cobertura Universal de Salud, aprobada por en la 29.a Conferencia Sanitaria Panamericana en septiembre del año 2017 (documento



CSP29/10), contempla una serie de acciones suscritas por Chile, que se sistematizan en un Plan de Acción Regional con objetivos e indicadores, que permitan avanzar en la ruta definida por esta Estrategia.

Este Plan de Acción, que se visualiza en la tabla siguiente, impone un desafío trascendente al país en materia de planificación, gestión y sistemas de información, por cuanto demanda de un sistema de información que responda a las necesidades de planificación, realice monitoreo y apoye la toma de decisiones en líneas estratégicas que abordan políticas tan relevantes como la formación de médicos y especialistas:

Objetivos	Indicadores	Meta 2023
<b>Línea estratégica de acción 1: Fortalecer y consolidar la gobernanza y rectoría de los recursos humanos para la salud.</b>		
1.2. Fortalecer las capacidades de planificación estratégica de la fuerza laboral, incluyendo el análisis de la movilidad profesional, con el fin de proyectar y responder a las necesidades del personal de salud a mediano y largo plazo, con el apoyo de un sistema nacional de información de recursos humanos.	1.2.1 Número de países que cuentan con un equipo multidisciplinario institucionalizado con capacidades para la planificación de los recursos humanos para la salud o la función equivalente en el ministerio de salud.	<b>26 países</b>
	1.2.2 Número de países que cuentan con proyecciones de necesidades de recursos humanos para la salud y estrategias de acción, de acuerdo con el modelo de atención.	<b>25 países</b>
	1.2.3 Número de países con un sistema nacional de información de recursos humanos para la salud en funcionamiento que responda a las necesidades de planificación, realice el monitoreo de la movilidad profesional y apoye la toma de decisiones.	<b>26 países</b>
1.3 Ampliar la inversión pública en recursos humanos de salud, mejorando la oferta de empleo y las condiciones de trabajo, especialmente en el primer nivel de atención.	1.3.1 Número de países que han incrementado la proporción de presupuesto público destinado a los recursos humanos de salud.	<b>22</b>
	1.3.2 Número de países que han incrementado el presupuesto público reflejado en puestos de trabajo en el primer nivel de atención en relación con el total del personal de salud.	<b>27</b>
<b>Línea estratégica de acción 2: Desarrollar condiciones y capacidades de los recursos humanos para la salud para ampliar el acceso y la cobertura de salud con equidad y calidad.</b>		
2.2 Conformar equipos interprofesionales en el primer nivel de atención cuya combinación de competencias permita un abordaje integral y con capacidad resolutoria de los problemas de salud, con enfoque de interculturalidad y de los determinantes sociales de la salud.	2.2.1 Número de países que cuentan con un equipo interprofesional de salud definido para el primer nivel de atención en el marco del modelo de atención.	<b>30</b>
	2.3 Formular e implementar una regulación del ejercicio profesional que permita el máximo despliegue de las competencias de los profesionales de la salud con el fin de ampliar la cobertura y la calidad de la atención, según modelos adecuados de coordinación y supervisión.	2.3.1 Número de países con un marco regulatorio formal que defina las atribuciones de las profesiones de las ciencias de la salud y afines de acuerdo con las necesidades del modelo de atención.
	2.3.2 Número de países con un marco regulatorio que promueva la delegación y redistribución de tareas del equipo de salud.	<b>12</b>
<b>Línea estratégica de acción 3: Concertar con el sector educativo para dar respuesta a las necesidades de los sistemas de salud en transformación hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.</b>		
3.1 Desarrollar mecanismos de articulación permanente y acuerdos de alto nivel entre los sectores de la educación y la salud para alinear la formación y el desempeño de los recursos humanos con las necesidades presentes y futuras de los sistemas de salud.	3.1.1 Número de países que cuentan con acuerdos y mecanismos de articulación formal permanente entre los sectores de la educación y la salud orientados hacia los principios de la misión social y la educación interprofesional.	<b>27</b>
	3.1.2 Número de países que han puesto en funcionamiento un plan de educación continua para los profesionales de la salud.	<b>28</b>



3.3 Desarrollar mecanismos de regulación y un plan de formación para las especialidades prioritarias en los que se contemple el número de especialistas requeridos por el sistema de salud y un incremento de la formación en salud familiar y comunitaria.	3.3.1 Número de países con plan de formación de especialistas de las distintas profesiones acordado con las entidades formadoras.	<b>23</b>
	3.3.2 Número de países con al menos un 30% de la oferta de plazas de residencias de salud destinada a la salud familiar y comunitaria.	<b>14</b>
	3.3.3 Número de países con al menos un 30% de la oferta de puestos de trabajo para especialistas destinada a los especialistas en salud familiar y comunitaria.	<b>11</b>

Abordar estos desafíos ha sido tarea prioritaria de este Ministerio, dentro de los lineamientos de la Política de Recursos Humanos en Salud, aprobada por Resolución Exenta N° 1118 de fecha 8 de noviembre de 2012, vigente a la fecha, hay dos ámbitos orientados en esta línea:

- El Ministerio de Salud impulsará la conformación de los equipos de personal requeridos para el funcionamiento de sus organismos dependientes y redes asistenciales integradas con énfasis en el fortalecimiento de la estrategia de atención primaria, en base al desarrollo de un sistema de planificación de recursos humanos.

El Ministerio de Salud desarrollará la capacidad de planificación del personal en forma coordinada con otros sectores de gobierno y con actores sociales relevantes. El trabajo permanente de planificación se orientará a anticipar necesidades actuales y futuras de personal de salud y a la búsqueda de opciones para contribuir desde la gestión de recursos humanos a la viabilidad y sustentabilidad de los principios fundamentales de la organización de los servicios sanitarios, tales como, una atención de calidad, segura, integral, continuada, accesible, centrada en los usuarios y comunidades.

- El Ministerio promoverá el perfeccionamiento de los Sistemas de Información de Recursos Humanos en Salud.

Con el propósito de apoyar el desarrollo del sistema de planificación y gestión de Recursos Humanos en Salud, el Ministerio modernizará los sistemas de información del área, buscando generar datos que apoyen los procesos de toma de decisiones y la calidad de la gestión de salud, integrando los elementos disponibles en diferentes instituciones del sector, incluyendo prestadores públicos y privados, entidades de formación y colegios profesionales, entre otros.

Además, la Subsecretaría de Redes Asistenciales ha definido dentro de sus objetivos estratégicos: “Mejorar la disponibilidad, distribución y competencias del personal sanitario a lo largo de la red asistencial en los diferentes niveles de complejidad, mediante el fortalecimiento de la formación de médicos especialistas y el incremento de cargos asistenciales en los establecimientos, que permitan avanzar en la calidad y equidad del acceso a la salud de la población”.

Es así que la División de Gestión y Desarrollo de las Personas, a través de su Departamento de Planificación y Control de Gestión de RHS, ha respondido a este desafío a través de la elaboración de este COMGES, articulando a los diferentes actores, tanto de la División como del resto de las Divisiones de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, que funcionará a través de la conformación de una mesa técnica que elaborará las guías técnicas que faciliten el trabajo de los Servicios de Salud.





Dado que se trata de un COMGES caracterizado por la progresividad y continuidad, se espera el cumplimiento de dos grandes para el año 2020: el levantamiento de un diagnóstico que entregue las bases para la construcción de un plan de trabajo a ejecutarse en el 2021.

## Definiciones y Terminología

- **Red Asistencial Pública de Salud:** asigna y organiza la atención en los establecimientos de salud a lo largo del país. Se define como el conjunto de establecimientos públicos o privados que suscriben convenio con el Servicio de Salud.
- **Gestión de la Información:** conjunto de procesos por los cuales se controla el ciclo de vida de la información, desde su obtención, hasta su disposición final. Tales procesos también comprenden la extracción, combinación, depuración y distribución de la información a los usuarios. El objetivo de la gestión de la información es garantizar la integridad, disponibilidad y confidencialidad de la información.
- **Planificación de RHS:** es una función estratégica que permite entregar factibilidad para una ejecución efectiva de las políticas tendientes a asegurar suficiencia y disponibilidad de personal, con las competencias adecuadas para entregar una atención de calidad a la población. Define los marcos institucionales para la gestión de recursos humanos y es parte esencial de la capacidad de gobierno para un desempeño efectivo y eficiente del sistema sanitario.
- **Programa de Formación de Médicos y Especialistas:** es una línea estratégica de trabajo cuyo fin es aumentar la disponibilidad y retención de médicos y odontólogos especialistas en la red pública de salud, a objeto de contribuir a la disminución de las brechas de estos profesionales en dicha red.
- **Sistema Integral de Planificación de RHS:** corresponde a la articulación integral de los diferentes actores relevantes y elementos, que permitan definir las necesidades actuales y anticiparse a los requerimientos futuros de personal, en un entorno dinámico, sanitario y organizacional, a fin de facilitar la toma de decisiones de políticas y/o estrategias asociadas a la red asistencial pública.
- **Pre-inversión Hospitalaria:** corresponde al proceso de elaboración de los estudios y análisis necesarios para la formulación y evaluación del proyecto que permite resolver el problema o atender la necesidad que le da origen. El resultado es una decisión de realizar o no un proyecto o inversión. Tiene como propósito determinar la demanda de un establecimiento hospitalario y contrastarla con la oferta potencial, de forma tal que el resultado final permita reducir la brecha observada, en base a proyecciones sucesivas, ajustando el dimensionamiento de la inversión a una propuesta ajustada.
- **Módulo de Recursos Humanos de un Estudio de Pre-inversión Hospitalaria:** tiene por objetivo determinar la suficiencia y disponibilidad de personal para el adecuado funcionamiento de los establecimientos hospitalarios, en función de las nuevas condiciones de organización, infraestructura, equipamiento y niveles de producción, entre otras variables.
- **SIRH:** Sistema de Información de RRHH cuya finalidad es la informatización de los procesos de apoyo a la gestión de recursos humanos, es de propiedad del Ministerio de Salud (MINSAL) y se encuentra presente en todo el territorio nacional.
- **FORCAP:** aplicativo que permite el registro de los diferentes programas de Formación de Especialistas para la Red Asistencial Pública, de carácter mixto, es administrado a nivel central y alimentado tanto por referente ministerial como por los Servicios de Salud.
- **SISPLAN:** Sistema Informático de Planificación en RHS que contempla tres módulos: i) EPH: entrega soporte



al desarrollo del módulo de RRHH en el marco de un estudio de pre-inversión hospitalaria, así como la estimación de dotación, ii) Proyección de Requerimientos de RHS: contempla una herramienta de construcción de escenarios de mediano-largo plazo de estimación de las necesidades y oferta de recursos humanos en salud, iii) Gestión y Monitoreo.

- **Registro Nacional de Prestadores Individuales de salud:** de herramienta que permite consultar si una determinada persona ha sido legalmente habilitada para ejercer su profesión en el país, a fin de otorgar dicha seguridad sanitaria a la población.
- **Proceso:** es el conjunto de fases sucesivas de un fenómeno en un lapso de tiempo. Se refiere al cambio de estado, desde un estado inicial hasta un estado final. Conocer el proceso significa conocer las interacciones experimentadas por el sistema mientras está en comunicación con su medio o entorno.
- **Trazabilidad:** conjunto de aquellos procedimientos preestablecidos y autosuficientes que permiten conocer el histórico, la ubicación y la trayectoria de un producto o lote de productos a lo largo de la cadena de suministros en un momento dado, a través de herramientas determinadas.

### Nombre del Indicador

- **23.1** Porcentaje de cumplimiento de las acciones de fortalecimiento de los sistemas de información en el ámbito de gestión y desarrollo de las personas en el periodo.

### Meta Nacional Año 2021

- Al año 2021, los 29 Servicios de Salud ejecutan un plan de trabajo, que aborde a lo menos las medidas de corrección y la normalización de registros en cada una de las leyes contractuales, para maximizar el beneficio de contar con información de calidad.

### Metodología de Evaluación

#### Ficha General Indicador

Nombre del Indicador	<b>23.1 Porcentaje de cumplimiento de las acciones de fortalecimiento de los sistemas de información en el ámbito de gestión y desarrollo de las personas en el periodo.</b>
Fórmula de Cálculo	Número de actividades desarrolladas del Plan de Trabajo para el fortalecimiento de los sistemas de información en el periodo t / Número de actividades comprometidas del Plan de Trabajo para el fortalecimiento de los sistemas de información en el periodo t) x 100.
Fuente de Datos	Guía técnica emitido por referente COMGES ministerial, FORCAP, SIRH, SISPLAN

#### Metas y Ponderaciones por Corte

	<b>I Corte</b>	<b>No Aplica</b>
	<b>II Corte</b>	<b>50% de la evaluación anual</b>
Número Acción		<b>1</b>



Acciones y/o Metas Específicas	Ejecutar al menos el <b>80,0%</b> del Plan de Trabajo comprometido al corte, que incluyan las medidas de corrección y la normalización de registros en cada una de las leyes contractuales.	
Medios de Verificación	i. Informe de actividades desarrolladas según aplicación de guía técnica	
Fórmula de Cálculo:	(Número de actividades desarrolladas del Plan de Trabajo para el fortalecimiento de los sistemas de información en el periodo t / Número de actividades comprometidas del Plan de Trabajo para el fortalecimiento de los sistemas de información en el periodo t) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 80,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>60,0% ≤ X &lt; 80,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>40,0% ≤ X &lt; 60,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>20,0% ≤ X &lt; 40,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 20,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

<b>III Corte</b>	<b>No Aplica</b>
------------------	------------------

	<b>IV Corte</b>	<b>50% de la evaluación anual</b>
Número Acción	2	
Acciones y/o Metas Específicas	Ejecutar al menos el <b>80,0%</b> del Plan de Trabajo comprometido al corte, que incluyan las medidas de corrección y la normalización de registros en cada una de las leyes contractuales.	
Medios de Verificación	i. Informe de actividades desarrolladas según aplicación de guía técnica	
Fórmula de Cálculo:	(Número de actividades desarrolladas del Plan de Trabajo para el fortalecimiento de los sistemas de información en el periodo t / Número de actividades comprometidas del Plan de Trabajo para el fortalecimiento de los sistemas de información en el periodo t) x 100.	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 80,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>60,0% ≤ X &lt; 80,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>40,0% ≤ X &lt; 60,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>20,0% ≤ X &lt; 40,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 20,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

### Notas del Indicador

1. Primera evaluación: se enviará a los referentes técnicos de los Servicios de Salud, a más tardar el 30 de marzo de 2021, guía técnica con indicación de los hitos a ejecutar del Plan de Trabajo.
2. Segunda evaluación: se enviará a los referentes técnicos de los Servicios de Salud, a más tardar el 30 de septiembre de 2021, guía técnica con indicaciones de los hitos a ejecutar del Plan de Trabajo.



**COMPROMISO DE GESTIÓN N°24  
EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA PARA  
PROYECTOS DE INVERSIÓN  
SECTORIAL**



Ámbito RISS:	Asignación de Recursos e Incentivos.
Atributo:	14. Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red.

## Objetivo General

Tener una visión mensual concreta desde los Servicios de Salud, respecto de la ejecución financiera de los proyectos, para el año 2021, del plan de inversiones establecido en el plan de gobierno.

## Objetivos Específicos

- Evaluar el cumplimiento de la ejecución del presupuesto de inversión del Servicio de Salud en relación a monto de inversión programada para el periodo.
- Actualizar la información del Banco Integrado de Proyectos de acuerdo a SIGFE, respecto a la ejecución financiera de los proyectos de inversión.
- Contar con cierre contable mensual de los subtítulos 29 (circular 33), 31 y 32.

## Marco Referencial y Consideraciones Técnicas

Si bien, para este indicador la medición es trimestral, para el cumplimiento de este, el Servicio de Salud deberá entregar mensualmente:

1. Pantallazos SIGFE con movimiento efectivo del mes y el acumulado a la fecha relativo a Subtítulo 29 (circular 33), donde aparezca monto devengado y también monto pagado, además, deberá remitir planilla Excel respectiva detallando nombre del Proyecto, monto decretado y monto devengado).
2. Pantallazos SIGFE con movimiento efectivo del mes y el acumulado a la fecha relativo a Subtítulos: 31, donde aparezca monto devengado y monto pagado, el cual debe estar abierto por proyecto de inversión e ítem (Gastos Administrativos, Consultorías, Terrenos, Obras Civiles, Equipamiento, Equipos, Vehículos, Otros Gastos).
3. Reporte de Asignación Presupuestaria en formato PDF por cada proyecto de Inversión, extraído del Banco Integrado de Proyectos.

\*Nota: sólo al finalizar el año ejercicio, cada Servicio de Salud deberá informar la ejecución de Subtítulo 32 a través de pantallazo SIGFE. Además, debe remitir planilla Excel respectiva detallando nombre del proyecto, monto decretado y monto devengado (abierto por subtitulo 001 y 002).

## Definiciones y Terminología

- **RISS:** Redes Integradas de Servicios de Salud.
- **SIGFE:** Sistema de Información para la Gestión Financiera del Estado.
- **Decretado:** Fondos que se encuentran autorizados mediante un documento que cuanta con aprobación de Hacienda y toma de razón de contraloría.
- **Devengado:** monto ejecutado en relación a recursos transferidos por la Subsecretaría de Redes



- Asistenciales a los Servicios de Salud mediante una Resolución de Transferencias.
- **Subtítulo 32:** Anticipos otorgados a proyectos en etapa de inicio de obras
- **Banco Integrado de Proyectos (BIP):** Sistema de Información administrado por el Ministerio de Desarrollo Social, que contiene las iniciativas de inversión que postulan a financiamiento del Estado. Como tal este sistema registra los proyectos, programas y estudios básicos que anualmente solicitan financiamiento y que son sometidos a evaluación socioeconómica, siendo una herramienta de apoyo para la toma de decisiones de inversión pública.
- **Reporte de Asignación Presupuestaria:** Reportes que envían los Servicios de Salud en los cuales figura los montos decretados de los proyectos asociados a estos.

### Nombre del Indicador

- **24.1** Porcentaje de presupuesto devengado en los subtítulos 29 (circular 33), 31 y 32 en relación a monto de inversión decretado totalmente tramitado.

### Meta Nacional Año 2021

- Alcanzar un **95,0%** de ejecución de los proyectos de inversión, en relación a monto de inversión decretado totalmente tramitado para el periodo.

### Metodología de Evaluación

#### Ficha General Indicador

Nombre del Indicador	<b>24.1 Porcentaje de Presupuesto Devengado subtítulos 29 (circular 33), 31 y 32 en relación a monto de inversión decretado totalmente tramitado.</b>
Fórmula de Cálculo	(Monto del gasto ejecutado (Devengado) en Proyectos de Inversión en el Servicio de Salud, del plan de inversiones establecido en el plan de gobierno en el periodo t / Monto inversión decretada para el periodo t) x 100
Fuente de Datos	1. Numerador: monto devengado informado por el Servicio de Salud el cual es contrastado con información incorporada en SIGFE. 2. Denominador: Montos Decretados (Decretos).

#### Metas y Ponderaciones por Corte

	I Corte	25% de la evaluación anual
Número Acción	1	
Acciones y/o Metas Específicas	<b>Envío de Informe de Avance que contenga:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Pantallazos SIGFE con movimiento efectivo del mes y el acumulado a la fecha relativo a Subtítulo 29 (circular 33) donde aparezca monto devengado y también monto pagado, además deberá remitir planilla Excel respectiva detallando nombre del Proyecto, monto decretado y monto devengado).</li> <li>– Pantallazos SIGFE con movimiento efectivo del mes y el acumulado a la fecha relativo a Subtítulos: 31, donde aparezca monto devengado y monto pagado, el cual debe estar abierto por</li> </ul>	



	proyecto de inversión e ítem (Gastos Administrativos, Consultorías, Terrenos, Obras Civiles, Equipamiento, Equipos, Vehículos, Otros Gastos). - Reporte de Asignación Presupuestaria en formato PDF por cada proyecto de Inversión, extraído del Banco Integrado de Proyectos.	
Medios de Verificación	i. Informe de avances que contenga pantallazo SIGFE y Reporte de Banco Integrado de Proyectos.	
Fórmula de Cálculo:	$\left( \frac{\text{Número de acciones realizadas en el periodo t}}{\text{Número de acciones solicitadas en el periodo t}} \right) \times 100$	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

	<b>II Corte</b>	<b>25% de la evaluación anual</b>
Número Acción	<b>2</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Envío de Informe de Avance que contiene: - Pantallazos SIGFE con movimiento efectivo del mes y el acumulado a la fecha relativo a Subtítulo 29 (circular 33) donde aparezca monto devengado y también monto pagado, además deberá remitir planilla Excel respectiva detallando nombre del Proyecto, monto decretado y monto devengado). - Pantallazos SIGFE con movimiento efectivo del mes y el acumulado a la fecha relativo a Subtítulos: 31, donde aparezca monto devengado y monto pagado, el cual debe estar abierto por proyecto de inversión e ítem (Gastos Administrativos, Consultorías, Terrenos, Obras Civiles, Equipamiento, Equipos, Vehículos, Otros Gastos). - Reporte de Asignación Presupuestaria en formato PDF por cada proyecto de Inversión, extraído del Banco Integrado de Proyectos.	
Medios de Verificación	i. Informe de avances que contenga pantallazo SIGFE y Reporte de Banco Integrado de Proyectos.	
Fórmula de Cálculo:	$\left( \frac{\text{Número de acciones realizadas en el periodo t}}{\text{Número de acciones solicitadas en el periodo t}} \right) \times 100$	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	25,0%	
Número Acción	<b>3</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Cumplir con el <b>20,0%</b> de ejecución financiera de Proyectos de Inversión del plan de inversiones establecido en el plan de gobierno, respecto de lo decretado para el periodo.	
Medios de Verificación	i. Numerador: monto devengado informado por el Servicio de Salud el cual es contrastado con información incorporada en SIGFE. ii. Denominador: Montos Decretados (Decretos).	
Fórmula de Cálculo:	$\left( \frac{\text{Monto del gasto ejecutado (Devengado) en Proyectos de Inversión en el Servicio de Salud, del plan de inversiones establecido en el plan de gobierno en el periodo t}}{\text{Monto inversión decretada para el periodo t}} \right) \times 100$	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 20,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 20,0%;</b>	<b>100/20*ejecución acumulada; 100,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	75,0%	



III Corte		25% de la evaluación anual
Número Acción	<b>4</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Envío de Informe de Avance que contiene: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pantallazos SIGFE con movimiento efectivo del mes y el acumulado a la fecha relativo a Subtítulo 29 (circular 33) donde aparezca monto devengado y también monto pagado, además deberá remitir planilla Excel respectiva detallando nombre del Proyecto, monto decretado y monto devengado).</li> <li>- Pantallazos SIGFE con movimiento efectivo del mes y el acumulado a la fecha relativo a Subtítulos: 31, donde aparezca monto devengado y monto pagado, el cual debe estar abierto por proyecto de inversión e ítem (Gastos Administrativos, Consultorías, Terrenos, Obras Civiles, Equipamiento, Equipos, Vehículos, Otros Gastos).</li> <li>- Reporte de Asignación Presupuestaria en formato PDF por cada proyecto de Inversión, extraído del Banco Integrado de Proyectos.</li> </ul>	
Medios de Verificación	i. Informe de avances que contenga pantallazo SIGFE y Reporte de Banco Integrado de Proyectos.	
Fórmula de Cálculo:	$\left( \frac{\text{Número de acciones realizadas en el periodo t}}{\text{Número de acciones solicitadas en el periodo t}} \right) \times 100$	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	25,0%	
Número Acción	<b>5</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Cumplir con el <b>45,0%</b> de ejecución financiera de Proyectos de Inversión del plan de inversiones establecido en el plan de gobierno, respecto de lo decretado para el periodo.	
Medios de Verificación	i. Numerador: monto devengado informado por el Servicio de Salud el cual es contrastado con información incorporada en SIGFE. ii. Denominador: Montos Decretados (Decretos).	
Fórmula de Cálculo:	$\left( \frac{\text{Monto del gasto ejecutado (Devengado) en Proyectos de Inversión en el Servicio de Salud, del plan de inversiones establecido en el plan de gobierno en el periodo t}}{\text{Monto inversión decretada para el periodo t}} \right) \times 100$	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 45,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 45,0%;</b>	<b>100/45*ejecución acumulada; 100%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	75,0%	

IV Corte		25% de la evaluación anual
Número Acción	<b>6</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Envío de Informe de Avance que contiene: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pantallazos SIGFE con movimiento efectivo del mes y el acumulado a la fecha relativo a Subtítulo 29 (circular 33) donde aparezca monto devengado y también monto pagado, además deberá remitir planilla Excel respectiva detallando nombre del Proyecto, monto decretado y monto devengado).</li> <li>- Pantallazos SIGFE con movimiento efectivo del mes y el acumulado a la fecha relativo a Subtítulos: 31, donde aparezca monto devengado y monto pagado, el cual debe estar abierto por proyecto de inversión e ítem (Gastos Administrativos, Consultorías, Terrenos, Obras Civiles, Equipamiento, Equipos, Vehículos, Otros Gastos).</li> <li>- Pantallazos SIGFE Subtitulo 32 y planilla Excel respectiva detallando nombre del proyecto, monto decretado y monto devengado (abierto por subtitulo 001 y 002).</li> <li>- Reporte de Asignación Presupuestaria en formato PDF por cada proyecto de Inversión, extraído del Banco Integrado de Proyectos.</li> </ul>	
Medios de Verificación	i. Informe de avances que contenga pantallazo SIGFE y Reporte de Banco Integrado de	





	Proyectos.	
Fórmula de Cálculo:	$\left( \frac{\text{Número de acciones realizadas en el periodo t}}{\text{Número de acciones solicitadas en el periodo t}} \right) \times 100$	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	25,0%	
Número Acción	<b>7</b>	
Acciones y/o Metas Específicas	Cumplir con el <b>95,0%</b> de ejecución financiera de Proyectos de Inversión del plan de inversiones establecido en el plan de gobierno, respecto de lo decretado para el periodo.	
Medios de Verificación	i. Numerador: monto devengado informado por el Servicio de Salud el cual es contrastado con información incorporada en SIGFE. ii. Denominador: Montos Decretados (Decretos).	
Fórmula de Cálculo:	$\left( \frac{\text{Monto del gasto ejecutado (Devengado) en Proyectos de Inversión en el Servicio de Salud, del plan de inversiones establecido en el plan de gobierno en el periodo t}}{\text{Monto inversión decretada para el periodo t}} \right) \times 100$	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 95,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 95,0%;</b>	<b>100/95*ejecución acumulada; 100,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	75,0%	

**Notas del Indicador.**

1. En relación al Subtítulo 32; solo al finalizar el año ejercicio cada Servicio de Salud deberá informar la ejecución de Subtítulo 32 a través de pantallazo SIGFE, Además, debe remitir planilla Excel respectiva detallando nombre del proyecto, monto decretado y monto devengado (abierto por subtítulo 001 y 002).

# COMPLEJO ASISTENCIAL PADRE LAS CASAS

COMPROMISO DE GESTIÓN N°25  
**FORTALECIMIENTO DEL PROCESO DE  
COMPRA DE MEDICAMENTOS EN  
ESTABLECIMIENTOS HOSPITALARIOS**



<b>Ámbito RISS:</b>	Asignación de Recursos e Incentivos.
<b>Atributo:</b>	14. Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red.

## Objetivo General

Fortalecer la gestión de compras eficiente para que el Sistema Nacional de Servicios de Salud sea beneficiario de las ventajas de ahorro que genera la adquisición de medicamentos a grandes volúmenes.

## Objetivos Específicos

- Disminuir el costo financiero que enfrenta el Sistema Nacional de Servicios de Salud, producto de la adquisición de medicamentos.
- Incrementar la compra de medicamentos mediante la intermediación de la Central Nacional de Abastecimientos (CENABAST).

## Marco Referencial y Consideraciones Técnicas

Los medicamentos representan un gasto relevante en el proceso asistencial, una buena parte del presupuesto sanitario y del gasto de público se dirige al financiamiento de este recurso. Así, desde el punto de vista económico, en la utilización de medicamentos es relevante considerar su costo de oportunidad y la sostenibilidad del sistema sanitario en su conjunto. La relevancia de este aspecto es creciente en la medida que se incorporan a las coberturas de salud de la población tratamientos de alto costo, además de los tratamientos priorizados en las garantías explícitas de salud.

Por ello, con el objetivo de aprovechar las ventajas de ahorro que genera la adquisición de productos a grandes volúmenes, desde el año 2017 en la Ley de Presupuestos, se ha impulsado la compra centralizada mediante la Glosa 02. En ella se establece que un porcentaje importante en la compra de los establecimientos en medicamentos incorporados en la canasta esencial de medicamentos (CEM) debían ser adquiridos a través de la CENABAST.

Para el año 2021 el abastecimiento de fármacos está afecto a un mínimo establecido en la Ley de Presupuestos del Sector Público, que mide el cumplimiento de la compra de medicamentos de la canasta CEM, en que al menos un 80% de la cantidad de medicamentos y un 40% del monto de medicamentos comprados de los Servicios de Salud, Establecimientos Dependientes, Establecimientos de Autogestión de Red (EARs) y establecimientos creados por los D.F.L. N°s 29, 30 y 31 del Ministerio de Salud, año 2001, deberán ser provistos por la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud (CENABAST). Para complementar esta exigencia, el Ministerio de Salud por segundo año consecutivo, implementará el presente Compromiso de Gestión, que monitoreará lo antes descrito.

En caso de existir una provisión de medicamentos o insumos médicos en mejores condiciones de precio a las que acceda CENABAST o por imposibilidad de dicho Servicio de asegurar la provisión de los mismos, las



entidades antes señaladas los podrán comprar y remitirán los antecedentes a la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Para este COMGES, se utilizará como fuente de información los datos expuestos en el Observatorio de CENABAST Medición de Participación en CEM, que la Central de Abastecimiento carga mensualmente en su página web [www.cenabast.cl](http://www.cenabast.cl).

Se evidenció, en un trabajo conjunto con las redes asistenciales, que la información que sirve de base para la evaluación de este indicador, presenta inconsistencias respecto de las compras recepcionadas por los Establecimientos Hospitalarios. Se detectaron diferencias en las cantidades recibidas y gastos ejecutados, productos con errores de vinculación de compras en Mercado Público, entre otros aspectos. Por consiguiente, se desarrolló una plataforma web denominada Sistema de Información Canasta Esencial de Medicamentos (SICEM), cuyo objetivo es disponibilizar a los Establecimientos una herramienta que permita modificar y corregir datos sobre las cantidades efectivamente recepcionadas, montos asociados, y una serie de observaciones asistenciales, económicas y de urgencias que dificultan la intermediación.

## Definiciones y Terminología

- **Canasta Esencial de Medicamentos (CEM):** Corresponde a un listado de productos que CENABAST, pone a disposición de los Servicios de Salud y establecimientos dependientes, con la finalidad de que ellos definan requerimientos mensuales y mandaten a la Central Nacional de Abastecimientos para que realice un proceso de adquisición centralizado con las demandas consolidadas de todo el País.
- **Observatorio CENABAST:** Corresponde a una herramienta en línea disponible en el sitio web de Cenabast, cuyo objetivo es transparentar la gestión institucional de la Central de Abastecimiento, a través de los distintos reportes desarrollados. Dentro de esta herramienta se pone a disposición un reporte llamado “Medición de Participación CEM”, el que muestra los resultados de la intermediación de los Establecimientos de la Red Asistencial, y por tanto se constituye en la fuente de información oficial para el monitoreo de la Intermediación.
- **SICEM:** Corresponde a plataforma web denominada Sistema de Información Canasta Esencial de Medicamentos, cuyo objetivo es disponibilizar a los Establecimientos una herramienta que permita modificar y corregir datos sobre las cantidades efectivamente recepcionadas, montos asociados, y una serie de observaciones asistenciales, económicas y de urgencias que dificultan la intermediación.
- **Sujeto de Medición de este COMGES:** Para el presente compromiso serán evaluados todos los establecimientos dependientes del Servicio de Salud respectivo, incluida la Dirección y según corresponda Atención Primaria de Salud (APS) dependiente.

## Nombre del Indicador

- **25.1** Porcentaje de cumplimiento de compras en cantidad de medicamentos de la Canasta Esencial de medicamentos a través de intermediación CENABAST.
- **25.2** Porcentaje de cumplimiento de compras en monto de la Canasta Esencial de medicamentos a través de intermediación CENABAST.



## Meta Nacional Año 2021

- Al menos el **80,0%** de la cantidad de medicamentos de la Canasta Esencial de Medicamentos adquiridos por el Servicio de Salud y su red de establecimientos dependientes, deberá ser intermediado a través de CENABAST.
- Al menos el **60,0%** del monto de medicamentos de la Canasta Esencial de Medicamentos adquiridos por el , Servicio de Salud y su red de establecimientos dependientes, deberá ser intermediado a través de CENABAST.

## Metodología de Evaluación

Indicador	Ponderación por Corte
25.1 Porcentaje de cumplimiento de compras en cantidad de medicamentos de la Canasta Esencial de medicamentos a través de intermediación CENABAST.	2,0%
25.2 Porcentaje de cumplimiento de compras en monto de la Canasta Esencial de medicamentos a través de intermediación CENABAST.	2,0%

## Ficha General Indicador

Nombre del Indicador	<b>25.1 Porcentaje de cumplimiento de compras en cantidad de medicamentos de la Canasta Esencial de medicamentos a través de intermediación CENABAST.</b>
Fórmula de Cálculo	(Cantidad de medicamentos de la Canasta CEM comprados por el Servicio de Salud y su red de establecimientos dependientes a través de CENABAST/ Cantidad total de medicamentos de la Canasta CEM comprados por el Servicio de Salud y su red de establecimientos dependientes ) x 100
Fuente de Datos	Observatorio de CENABAST Medición de Participación en CEM, que la Central de Abastecimiento carga mensualmente en su página web <a href="http://www.cenabast.cl">www.cenabast.cl</a> Se considerarán los registros tipo de resultado (Resultado SICEM) .

## Metas y Ponderaciones por Corte

I Corte		25% de la evaluación anual
Número Acción	1	
Acciones y/o Metas Específicas	Cumplimiento mayor o igual a un <b>80,0%</b> en cantidad de medicamentos de la Canasta CEM comprados por el Servicio de Salud y su red de establecimientos dependientes a través de CENABAST.	
Medios de Verificación	i. Observatorio de CENABAST Medición de Participación en CEM, que la Central de Abastecimiento carga mensualmente en su página web <a href="http://www.cenabast.cl">www.cenabast.cl</a> Se considerarán los registros tipo de resultado (Resultado SICEM) .	
Fórmula de Cálculo:	(Cantidad de medicamentos de la Canasta CEM comprados por el Servicio de Salud y su red de establecimientos dependientes a través de CENABAST/ Cantidad total de medicamentos de la Canasta CEM comprados por el Servicio de Salud y su red de establecimientos dependientes ) x 100	
Cálculo del Cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	$X \geq 80,0\%$	100,0%
	$75,0\% \leq X < 80,0\%$	75,0%
	$70,0\% \leq X < 75,0\%$	50,0%
	$65,0\% \leq X < 70,0\%$	25,0%



	<b>X &lt; 65,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

<b>II Corte</b>		<b>25% de la evaluación anual</b>
Número Acción	2	
Acciones y/o Metas Específicas	Cumplimiento mayor o igual a un <b>80,0%</b> en cantidad de medicamentos de la Canasta CEM comprados por el Servicio de Salud y su red de establecimientos dependientes a través de CENABAST.	
Medios de Verificación	i. Observatorio de CENABAST Medición de Participación en CEM, que la Central de Abastecimiento carga mensualmente en su página web <a href="http://www.cenabast.cl">www.cenabast.cl</a> Se considerarán los registros tipo de resultado (Resultado SICEM) .	
Fórmula de Cálculo:	$(\text{Cantidad de medicamentos de la Canasta CEM comprados por el Servicio de Salud y su red de establecimientos dependientes a través de CENABAST} / \text{Cantidad total de medicamentos de la Canasta CEM comprados por el Servicio de Salud y su red de establecimientos dependientes}) \times 100$	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 80,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>75,0% ≤ X &lt; 80,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>70,0% ≤ X &lt; 75,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>65,0% ≤ X &lt; 70,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 65,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

<b>III Corte</b>		<b>25% de la evaluación anual</b>
Número Acción	3	
Acciones y/o Metas Específicas	Cumplimiento mayor o igual a un <b>80,0%</b> en cantidad de medicamentos de la Canasta CEM comprados por el Servicio de Salud y su red de establecimientos dependientes a través de CENABAST.	
Medios de Verificación	i. Observatorio de CENABAST Medición de Participación en CEM, que la Central de Abastecimiento carga mensualmente en su página web <a href="http://www.cenabast.cl">www.cenabast.cl</a> Se considerarán los registros tipo de resultado (Resultado SICEM) .	
Fórmula de Cálculo:	$(\text{Cantidad de medicamentos de la Canasta CEM comprados por el Servicio de Salud y su red de establecimientos dependientes a través de CENABAST} / \text{Cantidad total de medicamentos de la Canasta CEM comprados por el Servicio de Salud y su red de establecimientos dependientes}) \times 100$	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 80,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>75,0% ≤ X &lt; 80,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>70,0% ≤ X &lt; 75,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>65,0% ≤ X &lt; 70,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 65,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

<b>IV Corte</b>		<b>25% de la evaluación anual</b>
Número Acción	4	
Acciones y/o Metas Específicas	Cumplimiento mayor o igual a un <b>80,0%</b> en cantidad de medicamentos de la Canasta CEM comprados por el Servicio de Salud y su red de establecimientos dependientes a través de CENABAST.	
Medios de Verificación	i. Observatorio de CENABAST Medición de Participación en CEM, que la Central de Abastecimiento carga mensualmente en su página web <a href="http://www.cenabast.cl">www.cenabast.cl</a> Se considerarán	



	los registros tipo de resultado (Resultado SICEM) .	
Fórmula de Cálculo:	$\frac{\text{(Cantidad de medicamentos de la Canasta CEM comprados por el Servicio de Salud y su red de establecimientos dependientes a través de CENABAST/ Cantidad total de medicamentos de la Canasta CEM comprados por el Servicio de Salud y su red de establecimientos dependientes ) x 100}}{100}$	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 80,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>75,0% ≤ X &lt; 80,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>70,0% ≤ X &lt; 75,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>65,0% ≤ X &lt; 70,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 65,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

### Ficha General Indicador

Nombre del Indicador	<b>25.2 Porcentaje de cumplimiento de compras en monto de la Canasta Esencial de medicamentos a través de intermediación CENABAST.</b>
Fórmula de Cálculo	(Monto total de medicamentos de la Canasta CEM comprados por el Servicio de Salud y su red de establecimientos dependientes a través de CENABAST / Monto total de medicamentos de la Canasta CEM comprados por el Servicio de Salud y su red de establecimientos dependientes) x 100
Fuente de Datos	Observatorio de CENABAST Medición de Participación en CEM, que la Central de Abastecimiento carga mensualmente en su página web <a href="http://www.cenabast.cl">www.cenabast.cl</a> Se considerarán los registros tipo de resultado (Resultado SICEM) ..

### Metas y Ponderaciones por Corte

	<b>I Corte</b>	<b>25% de la evaluación anual</b>
Número Acción	1	
Acciones y/o Metas Específicas	Cumplimiento mayor o igual a un <b>60,0%</b> del monto total de medicamentos de la Canasta CEM comprados por el Servicio de Salud y sus establecimientos dependientes a través de CENABAST	
Medios de Verificación	i. Observatorio de CENABAST Medición de Participación en CEM, que la Central de Abastecimiento carga mensualmente en su página web <a href="http://www.cenabast.cl">www.cenabast.cl</a> Se considerarán los registros tipo de resultado (Resultado SICEM) .	
Fórmula de Cálculo:	$\frac{\text{(Monto total de medicamentos de la Canasta CEM comprados por el Servicio de Salud y su red de establecimientos a través de CENABAST / Monto total de medicamentos de la Canasta CEM comprados por el Servicio de Salud y sus establecimientos dependientes) x 100}}{100}$	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X ≥ 60,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>50,0% ≤ X &lt; 60,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>40,0% ≤ X &lt; 50,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>30,0% ≤ X &lt; 40,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 30,0%</b>	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

	<b>II Corte</b>	<b>25% de la evaluación anual</b>
Número Acción	2	
Acciones y/o Metas Específicas	Cumplimiento mayor o igual a un <b>60,0%</b> del monto total de medicamentos de la Canasta CEM comprados por el Servicio de Salud y sus establecimientos dependientes a través de CENABAST	
Medios de Verificación	i. Observatorio de CENABAST Medición de Participación en CEM, que la Central de	



	Abastecimiento carga mensualmente en su página web <a href="http://www.cenabast.cl">www.cenabast.cl</a> Se considerarán los registros tipo de resultado (Resultado SICEM) .	
Fórmula de Cálculo:	(Monto total de medicamentos de la Canasta CEM comprados por el Servicio de Salud y su red de establecimientos a través de CENABAST / Monto total de medicamentos de la Canasta CEM comprados por el Servicio de Salud y sus establecimientos dependientes) x 100	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	$X \geq 60,0\%$	<b>100,0%</b>
	$50,0\% \leq X < 60,0\%$	<b>75,0%</b>
	$40,0\% \leq X < 50,0\%$	<b>50,0%</b>
	$30,0\% \leq X < 40,0\%$	<b>25,0%</b>
	$X < 30,0\%$	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

	<b>III Corte</b>	<b>25% de la evaluación anual</b>
Número Acción	3	
Acciones y/o Metas Específicas	Cumplimiento mayor o igual a un <b>60,0%</b> del monto total de medicamentos de la Canasta CEM comprados por el Servicio de Salud y sus establecimientos dependientes a través de CENABAST	
Medios de Verificación	i. Observatorio de CENABAST Medición de Participación en CEM, que la Central de Abastecimiento carga mensualmente en su página web <a href="http://www.cenabast.cl">www.cenabast.cl</a> Se considerarán los registros tipo de resultado (Resultado SICEM) .	
Fórmula de Cálculo:	(Monto total de medicamentos de la Canasta CEM comprados por el Servicio de Salud y su red de establecimientos a través de CENABAST / Monto total de medicamentos de la Canasta CEM comprados por el Servicio de Salud y sus establecimientos dependientes) x 100	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	$X \geq 60,0\%$	<b>100,0%</b>
	$50,0\% \leq X < 60,0\%$	<b>75,0%</b>
	$40,0\% \leq X < 50,0\%$	<b>50,0%</b>
	$30,0\% \leq X < 40,0\%$	<b>25,0%</b>
	$X < 30,0\%$	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	

	<b>IV Corte</b>	<b>25% de la evaluación anual</b>
Número Acción	4	
Acciones y/o Metas Específicas	Cumplimiento mayor o igual a un <b>60,0%</b> del monto total de medicamentos de la Canasta CEM comprados por el Servicio de Salud y sus establecimientos dependientes a través de CENABAST	
Medios de Verificación	i. Observatorio de CENABAST Medición de Participación en CEM, que la Central de Abastecimiento carga mensualmente en su página web <a href="http://www.cenabast.cl">www.cenabast.cl</a> Se considerarán los registros tipo de resultado (Resultado SICEM) .	
Fórmula de Cálculo:	(Monto total de medicamentos de la Canasta CEM comprados por el Servicio de Salud y su red de establecimientos a través de CENABAST / Monto total de medicamentos de la Canasta CEM comprados por el Servicio de Salud y sus establecimientos dependientes) x 100	
Cálculo del Cumplimiento:	<b>Resultado Obtenido</b>	<b>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</b>
	$X \geq 60,0\%$	<b>100,0%</b>
	$50,0\% \leq X < 60,0\%$	<b>75,0%</b>
	$40,0\% \leq X < 50,0\%$	<b>50,0%</b>
	$30,0\% \leq X < 40,0\%$	<b>25,0%</b>
	$X < 30,0\%$	<b>0,0%</b>
Ponderación al Corte de la Acción	100,0%	



**Ministerio de Salud  
Subsecretaría de Redes Asistenciales  
Gabinete  
Año 2021**