

2025

COMGES

Ministerio de Salud

**GES** | **20**  
GARANTÍAS EXPLÍCITAS  
EN SALUD años

# ORIENTACIONES TÉCNICAS COMPROMISOS DE GESTIÓN

Subsecretaría de Redes Asistenciales  
Departamento de Control de Gestión

**Contenido**

<b>1. Contexto de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)</b> .....	3
<b>2. Principales Características de las RISS:</b> .....	3
<b>3. Atributos esenciales de las RISS</b> .....	3
<b>4. Propuesta Metodología Compromisos de Gestión COMGES 2025</b> .....	5
<b>I. Resumen introductorio</b> .....	5
<b>II. Estructura de los Compromisos de Gestión 2025</b> .....	6
<b>III. Compromisos de Gestión para el año 2025</b> .....	7
<b>IV. Ponderación de los Compromiso de Gestión y sus indicadores</b> .....	8
<b>V. Metodología de evaluación</b> .....	9
<b>VI. Tablas de sensibilidad y asignación de puntajes</b> .....	12
<b>VII. Periodicidad de la evaluación</b> .....	13
<b>VIII. Monitoreo del estado de avance I semestre.</b> .....	13
<b>5. Marco conceptual e indicadores que componen cada COMGES</b> .....	14
<b>Compromiso de Gestión 1: Mejorar la eficiencia en la gestión de procesos asistenciales</b> .....	14
<b>Compromiso de Gestión 2: Reducir las complicaciones de salud mediante estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento.</b> .....	60
<b>Compromiso de Gestión 3: Mejora de los tiempos de espera</b> .....	99
<b>Compromiso de Gestión 4: Optimizar la gestión de recursos humanos y financieros.</b> .....	128
<b>Compromiso de Gestión 5: Mejorar la calidad y seguridad del paciente</b> .....	153
<b>Compromiso de Gestión 6: Fortalecer la prevención, detección temprana y tratamiento oportuno del cáncer</b> .....	163
<b>Compromiso de Gestión 7: Fortalecer la Participación Social, satisfacción y la Interculturalidad en la Gestión de la red asistencial</b> .....	176
<b>Compromiso de Gestión 8: Fortalecer la salud mental en la red asistencial</b> .....	185
<b>6. Descripción de ficha técnica de indicadores 2025</b> .....	191
<b>7. Índice indicadores</b> .....	193

## 1. Contexto de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)

Las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) son un modelo propuesto por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para organizar los sistemas de salud con un enfoque integral y centrado en las personas. Su objetivo principal es garantizar el acceso universal a la salud con continuidad y calidad, optimizando los recursos disponibles y mejorando la eficiencia en la prestación de servicios.

## 2. Principales Características de las RISS:

- **Atención centrada en la persona:** Responde a las necesidades de salud de la población a lo largo de toda la vida.
- **Continuidad de la atención:** Facilita la coordinación entre los distintos niveles de atención (primaria, secundaria y terciaria).
- **Acceso universal y equitativo:** Busca eliminar barreras económicas, geográficas y culturales en la prestación de servicios.
- **Gestión eficiente de los recursos:** Promueve la sostenibilidad financiera y el uso racional de insumos, personal y tecnología.
- **Participación comunitaria:** Involucra a la sociedad en la planificación y toma de decisiones sobre los servicios de salud.
- **Uso de tecnologías de información:** Apoya la integración de los servicios mediante sistemas digitales y el intercambio de información clínica.

## 3. Atributos esenciales de las RISS

### Modelo Asistencial

- 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.
- Una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, y gestión de enfermedades, rehabilitación 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.
- 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.
- Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, que se ofrecen de preferencia en entornos extrahospitalarios.
- Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud.

- Atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género, y los niveles de diversidad de la población.

### **Gobernanza y estrategia**

- Un sistema de gobernanza único para la red.
- Participación social amplia.
- Acción intersectorial y abordaje de los determinantes de salud y la equidad en salud.

### **Organización y Gestión**

- Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico.
- Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red.
- 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.
- Gestión basada en resultados.

### **Asignación de Recursos e incentivos**

- Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red.

## 4. Propuesta Metodología Compromisos de Gestión COMGES 2025

### Compromisos de Gestión año 2025

Los Compromisos de Gestión definidos para el año 2025 abordan ámbitos o líneas prioritarias para el fortalecimiento de la red asistencial. Cada compromiso se articula en torno a un objetivo estratégico, conformado por distintas áreas temáticas cuyo grado de avance es evaluado mediante indicadores específicos. Estos indicadores permiten medir de manera objetiva y estandarizada el cumplimiento de los objetivos definidos, en coherencia con las prioridades en salud. Como modificación de la metodología de evaluación, se han incorporado requisitos específicos a determinados indicadores, cuyo objetivo es complementar la evaluación de los procesos asociados a los indicadores principales. Estos requisitos pueden consistir en informes centrados en grupos poblacionales específicos, el cumplimiento de actividades dentro de un plan, el monitoreo de indicadores complementarios u otros mecanismos de seguimiento, fortaleciendo así el proceso de evaluación y análisis de los compromisos.

### I. Resumen introductorio

Los Compromisos de Gestión en Salud (COMGES) para el año 2025 representan una herramienta estratégica para orientar, monitorear y evaluar el desempeño de los Servicios de Salud del país, en función de prioridades sanitarias nacionales. Estos compromisos se estructuran en torno a ocho líneas estratégicas, cada una de las cuales aborda áreas claves para el fortalecimiento de la red asistencial, con un enfoque basado en la calidad, eficiencia, oportunidad y equidad.

Cada compromiso incorpora un conjunto de indicadores específicos, cuya función es medir el grado de cumplimiento de los objetivos estratégicos definidos. A su vez, estos indicadores poseen una ponderación relativa al compromiso, lo que permite estimar su contribución dentro de la evaluación global. En algunos casos, se consideran requisitos asociados, los que complementan y enriquecen la evaluación de ciertos indicadores, otorgando un enfoque más integral.

La distribución de los compromisos considera un equilibrio entre número de indicadores y relevancia estratégica. Por ejemplo, compromisos como la mejora de los tiempos de espera (COMGES 3) y la gestión de recursos humanos y financieros (COMGES 4), si bien contienen menos indicadores que otros compromisos, los indicadores que los componen poseen una ponderación más alta por su impacto en la oportunidad y eficiencia del sistema de salud.

Este enfoque ponderado permite que cada Servicio de Salud oriente sus esfuerzos hacia la mejora continua, de manera equitativa y focalizada en resultados sanitarios concretos. La implementación de los COMGES 2025 constituye un avance significativo en la consolidación

de redes integradas de servicios de salud, más resolutivas, humanas y centradas en las personas.

## II. Estructura de los Compromisos de Gestión 2025

### 1. Nombre del Compromiso de gestión:

Corresponde a la denominación del compromiso, que agrupa las líneas estratégicas priorizadas para los Servicios de Salud a nivel nacional. Su finalidad es orientar la gestión hacia la mejora continua de la calidad, oportunidad y eficiencia en la atención de salud.

### 2. Objetivo estratégico del compromiso de gestión:

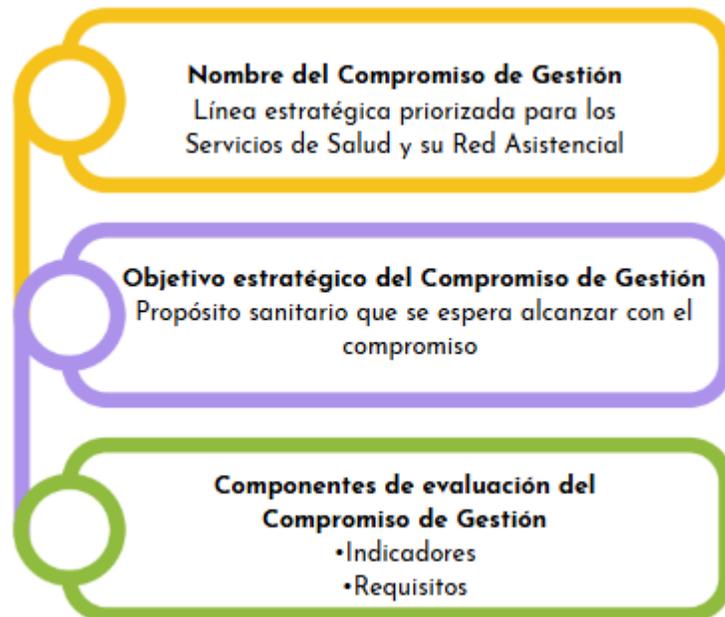
Define el propósito sanitario que se busca alcanzar mediante la implementación del compromiso, contribuyendo a mejorar el estado de salud de la población a través de intervenciones focalizadas y medibles.

### 3. Componentes de evaluación del compromiso de gestión:

Cada compromiso se estructura a partir de indicadores y, en algunos casos, requisitos complementarios, los cuales permiten medir de forma objetiva el grado de cumplimiento de las metas establecidas.

- I. **Indicadores:** herramientas de medición que permiten evaluar el desempeño del Servicio de Salud en relación con el objetivo del compromiso. Pueden ser de resultado o de proceso, y están asociados a una meta específica, la cual puede definirse en función de la mejora respecto a la línea base del año anterior o mediante una meta nacional.
- II. **Requisitos:** son elementos complementarios a determinados indicadores, cuyo propósito es fortalecer y profundizar la evaluación de estos. Se vinculan a acciones, informes o condiciones específicas que los Servicios de Salud y su red asistencial deben cumplir, y que permiten contextualizar y enriquecer el análisis del cumplimiento de los compromisos. El cumplimiento de estos requisitos representa un 40% de la evaluación global del indicador, cuando aplica.

**Figura 1: Diagrama de la estructura COMGES 2025**



### III. Compromisos de Gestión para el año 2025

1. Mejorar la eficiencia en la gestión de procesos asistenciales.
2. Reducir las complicaciones de salud mediante estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento.
3. Mejora de los tiempos de espera.
4. Optimizar la gestión de recursos humanos y financieros.
5. Mejorar la calidad y seguridad del paciente.
6. Fortalecer la prevención, detección temprana y tratamiento oportuno del cáncer.
7. Fortalecer la participación social, satisfacción e interculturalidad en la Gestión de la red asistencial.
8. Fortalecer la salud mental en la red asistencial.

#### IV. Ponderación de los Compromiso de Gestión y sus indicadores

A continuación, se presenta un resumen de la distribución de los indicadores por cada uno de los Compromisos de Gestión definidos para el año 2025, así como su ponderación relativa dentro de la evaluación global.

Se presenta el nombre del COMGES junto con la cantidad de indicadores que conforman cada compromiso y su ponderación. La ponderación del compromiso refleja su peso relativo dentro de la evaluación general de los COMGES. Finalmente, se indica la ponderación de cada indicador dentro de su compromiso, calculada dividiendo la ponderación total del compromiso entre la cantidad de indicadores, para así determinar su impacto específico.

**Tabla 1: Diagrama de la estructura COMGES 2025**

COMGES	Nº indicadores	Ponderación del Compromiso	Ponderación del indicador al compromiso
1. Mejorar la eficiencia en la gestión de procesos asistenciales	19	24%	1,26%
2. Reducir las complicaciones de salud mediante estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento	16	20%	1,25%
3. Mejora de los tiempos de espera	11	22%	2,00%
4. Optimizar la gestión de recursos humanos y financieros	9	14%	1,56%
5. Mejorar la calidad y seguridad del paciente	4	5%	1,25%
6. Fortalecer la prevención, detección temprana y tratamiento oportuno del cáncer	4	8%	2,00%
7. Fortalecer la participación social, satisfacción e interculturalidad en la Gestión de la red asistencial	3	3%	1,00%
8. Fortalecer la salud mental en la red asistencial	2	4%	2,00%

## V. Metodología de evaluación

La evaluación de los Compromisos de Gestión 2025 (COMGES) se fundamenta en un modelo que considera el cumplimiento de metas vinculadas a indicadores principales y, en algunos casos, también el cumplimiento de requisitos complementarios asociados a estos indicadores. Esta estructura tiene como objetivo asegurar una evaluación más integral y coherente con los objetivos estratégicos establecidos.

### a. Evaluación de los Indicadores principales

Los indicadores que conforman cada compromiso evalúan el avance en áreas estratégicas de la gestión. Cada uno posee una meta establecida, la cual puede definirse en función de una mejora respecto a su línea base del año anterior o bien responder a una meta nacional.

La evaluación del cumplimiento del indicador se realizará en base al grado de cumplimiento de la meta definida, considerando la metodología de medición de cada indicador y, cuando corresponda, la tabla de sensibilidad. El resultado obtenido representará el 100% de la evaluación del indicador, salvo en los casos en que existan requisitos asociados, en cuyo caso el indicador principal aportará un 60% del global de la evaluación.

### b. Evaluación de los Requisitos asociados

Determinados indicadores incorporan requisitos asociados, los que tienen por objetivo complementar la evaluación, a través de elementos que refuerzan la gestión y el impacto del indicador principal o abordan temáticas estratégicas de interés, por ejemplo, grupos priorizados, cumplimiento de planes específicos, monitoreos complementarios, entre otros.

El cumplimiento de los requisitos se evaluará de acuerdo con los criterios definidos en cada uno, aportando un 40% a la evaluación global del indicador correspondiente, permitiendo una valoración más integral de los compromisos de gestión.

### c. Evaluación global del indicador

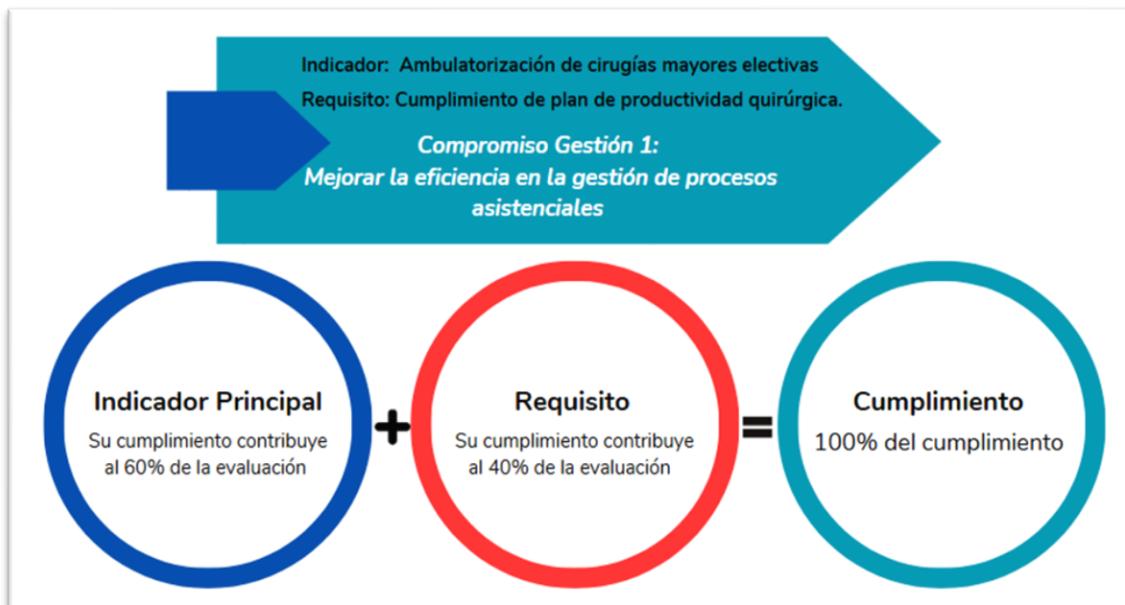
Cada indicador – con o sin requisitos asociados - tiene una ponderación específica dentro del compromiso al que pertenece. La evaluación global del indicador considera lo siguiente:

- Si el indicador no cuenta con requisitos, su resultado final representará el 100% de la ponderación asignada al compromiso.
- Si el indicador incluye requisitos, el resultado del indicador principal aportará un 60% y los requisitos asociados un 40%, conforme al grado de cumplimiento de cada uno.

**d. Esquema de evaluación para indicadores que no cuentan con requisitos.**



**e. Esquema de evaluación para indicadores que incluye requisitos.**



# INDICADORES CON REQUISITO

**El cumplimiento del requisito aporta un 40% de la evaluación global del indicador correspondiente.**

- 1.1 Ambulatorización de cirugías mayores electivas
- 1.3 Programación anual de profesionales médicos y no médicos de manera presencial, remota y por telemedicina.
- 1.4 Programación anual de profesionales odontólogos de manera presencial, remota y por telemedicina.
- 1.5 Consulta nueva de especialidad médica en Centros de Especialidades Ambulatorias de Atención en Salud según meta por grupo de especialidades.
- 1.14 Camas disponibles respecto de la dotación vigente.
- 1.15 Índice de Rotación de camas.
- 1.16 Días de estada en Hospitalización Domiciliaria.
- 1.18 Medicamentos mermados respecto del inventario valorizado
- 1.19 Establecimientos de Atención Primaria que cumplen con el 90% del IAAPS.
- 2.5 Lactancia Materna Exclusiva en niños y niñas al sexto mes de vida
- 2.13 Cuidadores de personas del programa de dependencia severa con evaluación de sobrecarga vigente
- 2.14 Cumplimiento de test visual/rápido en los establecimientos de atención primaria del Servicio de Salud.
- 3.1 Cumplimiento de Garantías explícitas en Salud (GES) en la red.
- 3.2 Resolución de garantías exceptuadas transitorias acumuladas sin prestación otorgada.
- 3.3 Disminución de días de mediana de espera para Consulta Nueva de Especialidad médica
- 3.4 Disminución de días de mediana de espera para Consulta Nueva de Especialidad odontológica
- 3.5 Disminución de la mediana de días de espera para intervenciones quirúrgicas
- 3.6 Resolución de lista de espera del percentil 75 de consulta nueva de especialidad
- 3.8 Resolución de lista de espera del percentil 75 de consulta nueva de especialidad odontológica
- 3.10 Resolución de lista de espera del percentil 75 de intervenciones quirúrgicas mayores y menores
- 4.5 Índice del gasto en convenio con personas naturales respecto a la glosa autorizada vigente.
- 4.6 Índice de ausentismo laboral por Licencia médica curativa
- 4.8 Ejecución del Plan anual de mantenimiento preventivo de equipos médicos, infraestructura, ambulancias, equipos industriales
- 4.9 Hospitales con implementación de Gestión del Riesgo de Desastres
- 5.3 Monitoreo de consumo y resistencia de antimicrobianos en establecimientos de Atención Primaria de Salud u Hospitales comunitarios.
- 5.4 Monitoreo de consumo y resistencia en establecimientos de Alta y mediana complejidad del Servicio de Salud.
- 7.1 Cumplimiento de acciones contenidas en el Plan trienal de Participación Social y Gestión de Satisfacción Usuaría.
- 7.2 Encuesta de satisfacción usuaria aplicada.
- 7.3 Implementación de Modelos de Salud Intercultural en hospitales priorizados y Servicios de Salud.

## Glosario

- **Indicador principal:** Medición cuantitativa que refleja el nivel de cumplimiento de una acción prioritaria.
- **Requisito asociado:** Elemento complementario asociado a un indicador, orientado a reforzar su impacto o ampliar su alcance.
- **Tabla de sensibilidad:** Herramienta que traduce niveles de cumplimiento en rangos cualitativos o numéricos.
- **Ponderación:** Valor relativo asignado a cada indicador dentro del compromiso.
- **Meta:** Objetivo cuantitativo definido por el nivel central como referencia para los Servicios de Salud, esta puede ser respecto a la línea base o nacional.

## VI. Tablas de sensibilidad y asignación de puntajes

La metodología de asignación de puntaje se asigna en base a lo establecido en cada ficha técnica del indicador. El cumplimiento se determina en función del estándar óptimo exigido, donde el nivel óptimo de cumplimiento se asocia a 4 puntos.

A continuación, se muestran, como ejemplo, las principales formas de asignación de puntaje para indicadores y requisitos:

**Tabla 2: Asignación de puntaje para indicadores.**

Cumplimiento	Puntaje
≥100%	4 puntos
≥90%	3 puntos
≥80%	2 puntos
≥70%	1 punto

**Tabla 3: Asignación de puntaje para requisitos.**

Cumplimiento	Puntaje
≥100%	4 puntos

**\*Cuando el cumplimiento no alcanza el mínimo exigido, se aplica un puntaje de 0 puntos.**

## VII. Periodicidad de la evaluación

La evaluación de los COMGES para el año 2025 será anual, y se llevará a cabo durante el mes de marzo del año 2026, tras el cierre de los sistemas de información oficiales.

Respecto a los indicadores de fuente oficial, se utilizará el cierre calendario 2025; es decir, el cierre oficial conforme a cada una de las fuentes de datos.

- A continuación, se presenta el calendario oficial DEIS, en el cual se indica que, para la evaluación COMGES 2025, se considerará el corte publicado el 26/01/2025.

**Tabla 2: Calendario DEIS.**

FECHAS OFICIALES DE APERTURA Y CIERRE DE PUERTO SISTEMA DE CARGAS REM			
SISTEMA DE CARGAS REM			
AÑO 2025			
Información REM a cargar	Apertura de Puerto	Cierre de Puerto	Datos disponibles para Publicación
Enero 2025	Viernes 14 Febrero	Viernes 21 Febrero	Martes 25 Febrero
Febrero 2025	Viernes 14 Marzo	Viernes 28 Marzo	Miércoles 2 de abril
Marzo 2025	Lunes 14 Abril	Martes 22 Abril	Jueves 24 Abril
Abril 2025	Jueves 15 Mayo	Viernes 23 Mayo	Martes 27 Mayo
Mayo 2025	Viernes 13 Junio	Lunes 23 Junio	Miércoles 25 Junio
Junio 2025	Lunes 14 Julio	Martes 22 Julio	Jueves 24 Julio
Julio 2025	Jueves 14 Agosto	Viernes 22 Agosto	Martes 26 Agosto
Agosto 2025	Viernes 12 Septiembre	Martes 23 Septiembre	Viernes 25 Septiembre
Septiembre 2025	Martes 14 Octubre	Martes 21 Octubre	Jueves 23 Octubre
Octubre 2025	Viernes 14 Noviembre	Viernes 21 Noviembre	Martes 25 Noviembre
Noviembre 2025	Lunes 15 Diciembre	Lunes 22 Diciembre	Miercoles 24 Diciembre
Diciembre 2025	Jueves 15 Enero 2026	Jueves 22 Enero 2026	Lunes26 Enero 2026

*Para la evaluación de indicadores con fuente oficial, no se considerarán datos cuyo origen y fecha de extracción sean posteriores a la fecha de corte final, o que no cuenten con una fecha de extracción claramente identificable.*

## VIII. Monitoreo del estado de avance I semestre.

Para el año 2025, se implementará un proceso de monitoreo semestral, el cual incluirá la entrega de auto-reportes por parte de los Servicios de Salud, acompañados del envío de los medios de verificación que respalden el nivel de avance en el cumplimiento de los indicadores y de los requisitos asociados. Este proceso será complementado con una etapa de validación técnica a cargo de los referentes del Ministerio de Salud (MINSAL), y se llevará a cabo durante el mes de agosto.

El propósito de este monitoreo es generar insumos que permitan a los Servicios de Salud identificar brechas de desempeño y ejecutar acciones correctivas durante el segundo semestre, con el fin de fortalecer el cumplimiento de las metas comprometidas.

Adicionalmente, los referentes técnicos deberán realizar actividades de seguimiento o acompañamiento focalizado, cuando corresponda, orientadas a apoyar a aquellos Servicios de Salud que presenten un mayor riesgo de incumplimiento.

Cabe destacar que este monitoreo no constituye una evaluación intermedia, sino que se concibe como una instancia de seguimiento técnico y retroalimentación, orientada a optimizar la implementación de los compromisos establecidos.

## 5. Marco conceptual e indicadores que componen cada COMGES

### Compromiso de Gestión 1: Mejorar la eficiencia en la gestión de procesos asistenciales

#### **Objetivo estratégico**

*"Optimizar la gestión los procesos clínicos administrativos en la red de salud pública, para garantizar una atención oportuna, efectiva y centrada en las personas, mediante la mejora continua de los procesos, la digitalización y el fortalecimiento de articulación de la red entre los distintos niveles de atención."*

#### **Contexto del COMGES**

El fortalecimiento de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) en Chile es un objetivo estratégico que busca garantizar el acceso equitativo, oportuno y de calidad a los servicios de salud, enmarcado en políticas públicas como la Ley N° 19.937 sobre Autoridad Sanitaria y Gestión, y los Objetivos Sanitarios 2030. Las RISS son esenciales para cumplir con compromisos internacionales como los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), específicamente el ODS 3: "Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades".

#### **Atención primaria en salud.**

Las acciones claves para lo anterior incluyen mejorar la eficiencia en la Atención Primaria de Salud (APS). La derivación adecuada desde APS al nivel secundario, es esencial para la integración de las RISS. Este proceso beneficia la gestión del sistema, reduciendo consultas innecesarias, mejorando la resolutivez en la atención primaria. Por otro lado, la medición del Índice de Actividad de Atención Primaria de Salud (IAAPS), que mide el desempeño de las comunas en la prestación de servicios esenciales, contribuye a que Servicios de Salud participen activamente en su rol gestor de red.

#### **Eficiencia en procesos quirúrgicos y hospitalarios.**

A nivel hospitalario es relevante hacer eficientes los Procesos quirúrgicos con la ambulatorización de cirugías y reducción de suspensiones. La ambulatorización de cirugías mayores electivas ayuda a descongestionar hospitales y optimizar recursos, mejorando la eficiencia del sistema de salud y la atención centrada en la paciente. Además, el monitoreo de suspensiones quirúrgicas permite identificar áreas de mejora, como la gestión administrativa y el soporte a los usuarios.

La mejora de la Gestión de las camas hospitalarias es clave para la capacidad operativa de las RISS. A través de la medición de indicadores de gestión hospitalaria se pretende reflejar la necesidad de mejorar la infraestructura, los procesos de mantenimiento y la gestión del

personal, en línea con la Estrategia Nacional de Salud. En regiones como la Metropolitana, donde se concentra el 40% de la población, la demanda de camas es significativamente alta.

El índice de Rotación de camas refleja la eficiencia hospitalaria y la capacidad de las RISS para atender a más pacientes en menos tiempo. Es particularmente relevante en hospitales de alta complejidad, que atienden a pacientes de todo el país al ser centros de referencia en respuesta a la atención de determinadas patologías complejas. La hospitalización domiciliaria mejora la calidad de vida del paciente y reduce la ocupación hospitalaria, siendo clave para personas con enfermedades crónicas y adultos mayores. Además, permite acercar la atención a las comunidades y fomentar el cuidado en el hogar, con el objetivo de disminuir los días de estada en esta modalidad.

### **Atención ambulatoria y telemedicina.**

La Telemedicina impulsada por Hospital Digital se posiciona como una herramienta clave para reducir brechas de acceso a especialidades, particularmente en zonas rurales y extremas, fortaleciendo la integración de las RISS al facilitar la resolución de consultas de especialidad en tiempos oportunos.

Se trabaja en mejorar el acceso a Consultas de especialidad médica y odontológica asegurando la programación anual eficiente de profesionales lo que contribuye a garantizar la cobertura y continuidad de la atención de las personas, impactando en la reducción de las listas de espera y la atención oportuna. El proceso requiere de la organización del recurso humano, gestión administrativa, así como la infraestructura disponible para lograr una sincronía.

La Consulta Nueva de Especialidad (CNE) facilita el acceso oportuno a atenciones médicas y odontológicas en los Centros de Especialidades Ambulatorias de Atención en Salud (CEAAS), impulsando la equidad y la resolución efectiva de necesidades de salud. Por su parte, el Alta de Especialidad permite cerrar procesos clínicos y administrativos cuando la condición del usuario(a) está resuelta o estabilizada, favoreciendo su seguimiento en otros niveles como la APS, optimizando así el uso de los recursos disponibles. Finalmente, el indicador No Se Presenta (NSP) es clave para fortalecer la eficiencia de la oferta ambulatoria, ya que su reducción permite mejorar la continuidad de la atención, disminuir los tiempos de espera y avanzar hacia una gestión más centrada en las personas.

### **Procesos de apoyo.**

Desde la Subsecretaría de Redes de Asistenciales, se ha instruido a los servicios de salud implementar estrategias para optimizar los procesos de las unidades de apoyo, dentro de esto en el área de medicina transfusional se ha establecido metas anuales para el incremento de las donaciones de sangre de tipo altruistas, las cuales son esenciales para mejorar la calidad, seguridad y disponibilidad de los componentes sanguíneos utilizados en terapia transfusional.

Por primera vez en la historia de la medicina transfusional, se ha definido disponer de un compromiso de gestión para el logro de objetivos nacionales al largo plazo. Se espera que estas acciones lleven al aumento de la tasa de donación desde 19 en 2023 a 30 por cada 1.000 habitantes en el año 2033. Del mismo modo, se espera que un aumento de un 10% anual de

las donaciones altruistas en cada servicio de salud permitirá lograr a nivel país el 100% de altruismo en el año 2033, con un especial énfasis en la donación del tipo altruista repetida o fidelizada.

Mediante una gestión eficiente de medicamentos, se busca minimizar pérdidas y garantizar el abastecimiento de estos, cumpliendo con la normativa vigente. Además, se pretende optimizar todo el proceso, desde su planificación y distribución hasta su uso y eliminación.

### **Atenciones de urgencia en la red asistencial.**

Por medio de la categorización de riesgo y atención oportuna en las Unidades de Emergencia Hospitalaria (UEH) se pretende asegurar el acceso oportuno y la calidad del servicio, dando prioridad de atención a las personas en condiciones de salud prioritarias, para evitar agravamiento y morbilidad.

Es así como el acceso a camas de dotación en menos de 12 horas resulta clave como un indicador de eficiencia. Este proceso tiene un impacto directo en la supervivencia de pacientes críticos. Por otro lado, el abandono de pacientes durante la atención de urgencia requiere estrategias de mejora en la comunicación y la experiencia del usuario, conforme a la Ley N° 20.584 sobre derechos y deberes en salud, por lo que resulta de relevancia su medición y gestión.

### **Indicadores**

- 1.1 Ambulatorización de cirugías mayores electivas
- 1.2 Suspensiones quirúrgicas en cirugía mayores electivas.
- 1.3 Programación anual de profesionales médicos y no médicos de manera presencial, remota y por telemedicina.
- 1.4 Programación anual de profesionales odontólogos de manera presencial, remota y por telemedicina.
- 1.5 Consulta nueva de especialidad médica en Centros de Especialidades Ambulatorias de Atención en Salud según meta por grupo de especialidades.
- 1.6 Derivaciones en APS al nivel secundario respecto a las consultas totales.
- 1.7 Altas de especialidad médica en Centros de Especialidades Ambulatorias de Atención en Salud según meta por grupo de especialidades.
- 1.8 Inasistencia a consultas médicas en Centros de Especialidades Ambulatorias de Atención en Salud.
- 1.9 Personas que abandonan durante el Proceso de Atención de Urgencia en las Unidades de Emergencia Hospitalaria Adulto y Pediátrica.
- 1.10 Personas categorizadas C2 atendidos oportunamente en las UEH adulto y pediátrico.
- 1.11 Personas con indicación de hospitalización desde UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas
- 1.12 Cierres de casos de Teleinterconsultas de Hospital Digital resueltas por las Células de Dermatología, Diabetes, Nefrología, Geriátrica, Patología Oral y Trastornos Temporomandibulares, en un plazo máximo de 30 días desde su respuesta.

- 1.13 Establecimientos del Servicio de Salud con 2 o más estrategias y/o células de Hospital Digital implementadas.
- 1.14 Camas disponibles respecto de la dotación vigente.
- 1.15 Índice de Rotación de camas.
- 1.16 Días de estada en Hospitalización Domiciliaria.
- 1.17 Donaciones de sangre altruistas por Servicio de Salud.
- 1.18 Medicamentos mermados respecto del inventario valorizado
- 1.19 Establecimientos de Atención Primaria que cumplen con el 90% del IAAPS.

## 1.1 Ambulatorización de cirugías mayores electivas

### Descripción del indicador

El indicador de Ambulatorización de cirugías mayores electivas mide la proporción de Cirugías Mayores Ambulatorias (CMA) respecto al total de cirugías mayores electivas. Su propósito es optimizar el uso de los recursos disponibles en salud, además de mejorar la experiencia del paciente al ofrecerle la posibilidad de una recuperación en el hogar.

Ambulatorización de cirugías mayores electivas					
DIGERA   Departamento de Gestión Hospitalaria y Red de Urgencia					
<b>Objetivo del Indicador</b>	Incrementar la realización de cirugías mayores ambulatorias (CMA) en comparación con las cirugías mayores electivas totales, favoreciendo una utilización más eficiente de los recursos y mejorando la experiencia del paciente.				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	Número de cirugías mayores electivas ambulatorias realizadas / Número de cirugías mayores electivas totales realizadas				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	No	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Mensual
<b>Número de Decimales</b>	Entero sin decimales				
<b>Meta</b>	Obtener al final de trienio 50% de ambulatorización			<b>Polaridad</b>	Los Valores altos son Buenos
<b>Requisito</b>	Cumplimiento de plan de productividad quirúrgica				
<b>Exclusiones</b>	Hospitales de baja complejidad				
<b>Fuente Numerador</b>	REM	<b>Fuente Denominador</b>	REM		
<b>Nivel de Aplicación</b>	Nacional a hospitales de alta y mediana complejidad con quirofanos electivos.				

**Tabla de sensibilidad**

Cumplimiento	Puntaje
≥50%	4 puntos
≥48%	3 puntos
≥46%	2 puntos
≥44%	1 punto

## Definición de Términos

- **Cirugía mayor electiva:** Es la intervención quirúrgica mayor que, por el tipo de diagnóstico y las características clínicas del paciente puede ser diferida en el tiempo para su realización y programada en tabla quirúrgica.
- **Cirugía mayor ambulatoria (CMA) electiva:** Corresponde a una intervención quirúrgica mayor, 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 del paciente es menor a 24 horas. El período de observación postoperatoria debe ser realizado en una unidad destinada para este fin y no en una cama de dotación y una vez transcurrido el tiempo de recuperación anestésica, la persona usuaria vuelve a su domicilio.
- **Producción quirúrgica de cirugías mayores electivas:** Corresponde al número total de cirugías mayores electivas (ambulatorias y no ambulatorias) realizadas en los establecimientos del país y debidamente registradas en los Resúmenes Estadísticos Mensuales (REM).

## Consideraciones Técnicas

No aplica para establecimientos de baja complejidad.

Respecto del requisito: Cumplimiento de plan de productividad quirúrgica

- Entrega de plan de productividad en tiempo y forma (15%)
- N° de actividades cumplidas / N° de actividades comprometidas (35%)
- N° de informes y validadores solicitadas cada trimestre 4 (50%) (\*)
- **(\*) Formatos serán compartidos por la Referencia Técnica**

## 1.2 Suspensiones quirúrgicas en cirugía mayores electivas.

### Descripción del Indicador

Indicador mide el porcentaje de cirugías mayores electivas que son suspendidas por diversas causas, ya sean administrativas, logísticas u otras. Su análisis es crucial para identificar áreas de mejora en la programación quirúrgica, la gestión de recursos y la coordinación entre unidades involucradas, contribuyendo así a optimizar el uso de los quirófanos reduciendo dichas suspensiones por cualquier causa.

Suspensiones quirúrgicas en cirugía mayores electivas.					
DIGERA   Departamento de Gestión Hospitalaria y Red de Urgencia					
<b>Objetivo del Indicador</b>	Minimizar la suspensión de cirugías mayores electivas a través de una gestión eficiente de la programación de tabla quirúrgica y medidas preventivas específicas para la optimización de procesos logísticos y administrativos.				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	Número de cirugías mayores electivas suspendidas / Número de cirugías mayores electivas programadas				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	No	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Mensual
<b>Número de Decimales</b>	1 Decimal Trucado				
<b>Meta</b>	≤6,5% de suspensión.			<b>Polaridad</b>	Los Valores bajos son Buenos
<b>Requisito</b>	No Tiene Requisito Definido.				
<b>Exclusiones</b>	Hospitales de baja complejidad				
<b>Fuente Numerador</b>	REM	<b>Fuente Denominador</b>	REM		
<b>Nivel de Aplicación</b>	Nacional a todos los hospitales de alta y mediana complejidad con quirofanos electivos				

### Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
≤6.5	4 puntos
≤7.0	3 puntos
≤8.0	2 puntos
≤10.0	1 punto

## Definición de Términos

- **Cirugía mayor electiva:** Es la intervención quirúrgica mayor que, por el tipo de diagnóstico y las características clínicas del paciente puede ser diferida en el tiempo para su realización y programada en tabla quirúrgica.
- **Cirugía mayor ambulatoria (CMA) electiva:** Corresponde a una intervención quirúrgica mayor, 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 del paciente es menor a 24 horas. El período de observación postoperatoria debe ser realizado en una unidad destinada para este fin y no en una cama de dotación y una vez transcurrido el tiempo de recuperación anestésica, la persona usuaria vuelve a su domicilio.
- **Paciente condicional:** Es aquel que se programa más allá de las 8 horas de la tabla programada y queda en condición de suplencia frente a una probable suspensión de paciente o a la disponibilidad de quirófanos. No se debe contar con más de un 10,0% de pacientes condicionales en la programación del establecimiento. No se deben incluir pacientes que se vean afectados por el ayuno (diabetes), preparaciones especiales, enfermedades de salud mental, aspectos especiales (persona mayor, ruralidad, dependiente de cuidados), menos de 2 años, ni aquellos que requieran cirugías prolongadas y/o complejas.
- **Paciente agregado:** Aquel paciente que no es programado en tabla quirúrgica, ni es condicional, y que dada su condición clínica requiere ser intervenido utilizando un quirófano de cirugía mayor siempre bajo la autorización de la jefatura de pabellón.
- **Paciente condicional intervenido:** Aquel paciente incluido en tabla quirúrgica como condicional y que fue intervenido en un quirófano de cirugía mayor.
- **Bloque quirúrgico:** Corresponde a un módulo dinámico, en el que se asigna a una determinada especialidad, un periodo de tiempo del uso del quirófano de cirugía mayor, según la demanda quirúrgica del establecimiento. La asignación a las distintas especialidades debe resultar de la evaluación mensual de indicadores de eficiencia en el uso de los quirófanos, el volumen de pacientes GES y la LE de pacientes no GES, entre otros. Su asignación es responsabilidad del encargado del subproceso de tabla quirúrgica.

## Consideraciones Técnicas

Se considera solo cirugías electivas en horario habil.

### 1.3 Programación anual de profesionales médicos y no médicos de manera presencial, remota y por telemedicina.

#### Descripción del Indicador

Este indicador mide el porcentaje de cumplimiento de la programación total de consultas médicas, no médicas de especialidad, en la modalidad presencial, remota y telemedicina, respecto a la totalidad de horas institucionales.

Programación anual de profesionales médicos y no médicos de manera presencial, remota y por telemedicina.					
DIGERA   Departamento de Gestión Ambulatoria y de Apoyo Diagnóstico					
Objetivo del Indicador	Optimización del capital humano (médicos, no médicos) contratado en horas semanales de los establecimientos de atención de especialidad de la red asistencial.				
Fórmula de Cálculo	$((A * 0,5) + (B * 0,3) + (C * 0,2))$				
Cuenta con Línea Base	Sí	Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad de Monitoreo	Mensual
Número de Decimales	1 Decimal Trucado				
Meta	95% de cumplimiento de la programación.			Polaridad	Los Valores altos son Buenos
Requisito	Requisito de calidad programación				
Exclusiones	Este indicador no tiene exclusiones.				
Fuente Numerador	LOCAL	Fuente Denominador	REM		
Nivel de Aplicación	establecimientos de Alta, mediana y baja complejidad, CRS, COSAM, unidades PRAIS.				

Numerador: entregada por DIGERA según validación de cada Servicio de Salud y DIGERA.

#### Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
≥ 95,0%	4 puntos
≥ 90,0%	3 puntos
≥ 85,0%	2 puntos
≥ 80,0%	1 punto

## Definición de Términos

### Componentes de la fórmula:

- **A:** Total de consultas nuevas y controles médica realizadas / Total de consultas nuevas y controles médica programadas.
- **B:** Total de consultas nuevas y controles no médica realizadas / Total de consultas nuevas y controles no médica programadas.
- **C:** Evaluación de Procesos: Hospitalización domiciliaria + Egresos hospitalarios + Intervenciones quirúrgicas + procedimientos.

### Conceptos

- **Producción médica:** Producción de consultas nuevas y controles médicos.
- **Programación médica:** Programación de consultas nuevas y controles médicos.
- **Número de especialidades programadas:** Número de especialidades con programación realizada.
- **Número de especialidades con producción:** Número de especialidades con producción en REM.
- **Producción no médica:** Producción de consultas nuevas y controles de profesionales no médicos.
- **Programación no médica:** Programación de consultas nuevas y controles de profesionales no médica.
- **Número de profesionales programadas:** suma total de profesiones programadas.
- **Número de profesionales con producción:** suma total de profesiones con producción en REM.

### Consideraciones Técnicas

Este indicador se aplica a establecimientos con programación validada por MINSAL y el Comité de Programación del Servicio de Salud, realizada con anticipación al año de aplicación. Incluye ajustes en las reprogramaciones, que deben justificarse dentro de los plazos de DIGERA.

La evaluación de este indicador consta de dos periodos; correspondiente a cada semestre con peso de 50% cada semestre para la sumatoria anual de la medición del indicador.

No se consideran en la programación prestaciones por compra de servicios, horas médicas o no médicas de especialistas de programas transitorios, debiendo registrarse por separado.

En caso de pérdida de consultas por bloqueos de agenda debido a contingencias epidemiológicas o sanitarias, los establecimientos pueden presentar un informe de gestión con cifras detalladas del periodo afectado, alineado con las condiciones sanitarias y geográficas correspondientes.

Sin subvención entre especialidades ni entre establecimientos. Para la medición del porcentaje de cumplimiento de la programación, sólo se considera la producción hasta el cumplimiento del 100% de lo solicitado al corte, por especialidad.

Cálculo mensual, en función de los días hábiles, según SS. Se miden todas las estrategias de atención ambulatoria: Presencial + remota + telemedicina.

Se miden trazadoras en procesos de atención abierta, cerrada, quirúrgico, hospitalización domiciliaria, procedimientos, apoyo diagnóstico terapéutico y Urgencia. Establecimientos que no cuentan con alguno de los componentes, el o los que existen absorben el total de la ponderación.

Las especialidades o profesiones no programadas, pero que cuenten con producción, serán incorporadas para el cálculo del indicador. Para aquellas actividades administrativas que sobrepasen las definiciones de las orientaciones técnicas, podrán ser solicitadas las resoluciones respectivas.

Respecto de la programación de especialidades médicas y programación de profesionales no médicos:

- Se contarán las especialidades, procesos, profesiones y tipo en el denominador.
- El segundo componente podría incorporar profesionales no médicos en caso de que el procedimiento pueda ser realizado por ambos profesionales.
- Serán descontado en su totalidad los feriados legales, días administrativos y días de capacitación efectivos tomados.

**Para el cálculo del cumplimiento del requisito será considerada la siguiente fórmula:**

$$\% \text{ cumplimiento requisito} = \frac{(\text{N}^\circ \text{ de especialidades que cumplen entre } 95 \text{ y } 110 \%) / (\text{N}^\circ \text{ de especialidad con producción}) * 0.15 + (\text{N}^\circ \text{ de requerimientos } (*) \text{ entregados por establecimiento en tiempo y forma}) / (\text{N}^\circ \text{ de requerimientos solicitados por establecimientos al corte}) * 0.1 + (\text{N}^\circ \text{ actividades médicas y no medicas programadas}) / (\text{N}^\circ \text{ de actividades médicas y no medicas con producción}) * 0.15}{1}$$

(\*) Requerimiento: Pueden ser documentos como: Protocolos, bases de información, resoluciones, ordinarios, informes de implementaciones u otros.

Se sugiere revisar la siguiente bibliografía disponible en página web MINSAL:

- Orientaciones para la Planificación y Programación en Red, 2024. 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.
- 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.

## 1.4 Programación anual de profesionales odontólogos de manera presencial, remota y por telemedicina.

### Descripción del Indicador

Este indicador busca optimizar la gestión y evaluación del cumplimiento de la programación de horas de cirujanos(as) dentistas en la Red Asistencial. Se enfoca en fortalecer la coordinación entre niveles de atención, mejorar la oferta institucional en especialidades odontológicas e imagenología oral, aumentar la productividad con atención presencial y remota, y establecer mecanismos de control para el monitoreo, seguimiento y cumplimiento de la producción, garantizando acciones correctivas oportunas en el proceso programático.

Programación anual de profesionales odontólogos de manera presencial, remota y por telemedicina.					
DIGERA   Departamento de Gestión Ambulatoria y Apoyo Diagnóstico					
<b>Objetivo del Indicador</b>	Optimizar los procesos de gestión y evaluación del cumplimiento de la programación de la totalidad de las horas de los profesionales odontólogos contratados por el Servicio de Salud para satisfacer la demanda asistencial				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	$((A * 0,40) + (B * 0,45) + (C * 0,09) + (D * 0,06))$				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	Sí	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Mensual
<b>Número de Decimales</b>	2 Decimal Aproximado				
<b>Meta</b>	≥ 95,0% de cumplimiento de la programación.			<b>Polaridad</b>	Los Valores altos son Buenos
<b>Requisito</b>	Requisito de calidad programación				
<b>Exclusiones</b>	Establecimientos que no cuentan con oferta de especialidad odontológica				
<b>Fuente Numerador</b>	REM	<b>Fuente Denominador</b>	LOCAL		
<b>Nivel de Aplicación</b>	Establecimientos que cuentan con oferta de especialidad odontológica.				

### Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
≥ 95,0%	4 puntos
≥ 90,0%	3 puntos
≥ 85,0%	2 puntos
≥ 80,0%	1 punto

## Definición de Términos

### Componentes de la fórmula:

- **A:** Total de consultas nuevas de especialidades odontológicas ejecutadas / Total de consultas nuevas de especialidades odontológicas programadas.
- **B:** Total de altas de especialidades odontológicas ejecutadas / Total de altas de especialidades odontológicas programadas.
- **C:** Total de procedimientos imagenológicos ejecutadas / Total de procedimientos imagenológicos programadas.
- **D:** Total de consultas odontológicas de telemedicina ejecutadas / Total de consultas odontológicas de telemedicina programadas.

### Consideraciones Técnicas

- La programación debe ser realizada en conjunto con el(la) profesional, validada por el(la) Coordinador Odontológico del Servicio de Salud y tener la revisión y validación correspondiente por el Comité de Programación del Servicio de Salud. Posteriormente la Unidad de Odontología valida el denominador a monitorear y evaluar.
- Se consideran dos periodos de reprogramación que serán informados previamente.
- El cumplimiento de la programación se basa en los coeficientes técnicos y tiempos de resolución integral por especialidad difundidos en las Orientaciones para la Planificación y Programación en Red, 2025. RPE 10”.
- Considera programación y cumplimiento de consultas nuevas, altas de tratamientos, procedimientos de imagenología oral y consultas mediante atención a distancia.
- El universo de profesionales considera el 100% de la dotación de cirujanos(as) dentistas dependientes del Servicio de Salud, incluye aquellos que ejecutan actividad de especialidad en los establecimientos de APS.
- Considera transparentar el total de las horas contratadas, de acuerdo con las funciones que se ejecutan, sean estas clínicas y administrativas, sólo clínicas o sólo administrativas.
- La programación considera el cálculo de las actividades en función de horas y proyecta producción de acuerdo con los días hábiles del período a evaluar, según servicio de salud.
- La programación inicial no considera ausentismos legales. En la evaluación serán incorporados los ausentismos usados.
- En el numerador no se considera producción ejecutada mediante compra de servicios.
- El porcentaje de cumplimiento para las altas de tratamientos por especialidad está determinado por la producción 2024 REM A09, sección I.
- No existe subvención entre especialidades, ni entre establecimientos, ni entre trazadoras (excepto entre consultas nuevas y altas de tratamientos).
- Establecimiento que no cuenta con alguno de los componentes, los que existen absorben proporcionalmente el total de la ponderación.
- Para la medición del porcentaje de cumplimiento sólo se considera la producción hasta el cumplimiento del 100% de lo solicitado, por especialidad.
- La producción de actividades no programadas, no serán consideradas.

## 1.5 Consulta nueva de especialidad médica en Centros de Especialidades Ambulatorias de Atención en Salud según meta por grupo de especialidades.

### Descripción del Indicador

Este indicador mide el cumplimiento de las metas establecidas por grupos de especialidades médicas para las consultas nuevas, en Centros de Especialidades Ambulatorias de Atención en Salud.

Consulta nueva de especialidad médica en Centros de Especialidades Ambulatorias de Atención en Salud según meta por grupo de especialidades.				
DIGERA   Departamento de Gestión Ambulatoria y de Apoyo Diagnóstico				
<b>Objetivo del Indicador</b>	Fortalecer el acceso oportuno a la primera consulta de especialidad médica, permitiendo responder a nuevas necesidades sanitarias, mediante el seguimiento del equilibrio entre consultas nuevas y consultas controles en los Centros de Especialidades Ambulatorias de Atención en Salud.			
<b>Fórmula de Cálculo</b>	Suma mensual del número total de especialidades que cumplen con el porcentaje establecido de CNE según meta definida para cada especialidad/Suma mensual del número total de especialidades que reportan producción			
<b>Cuenta con Línea Base</b>	No	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>
<b>Número de Decimales</b>	1 Decimal Trucado			
<b>Meta</b>	60,0% de las especialidades médicas cumplen meta.		<b>Polaridad</b>	Los Valores altos son Buenos
<b>Requisito</b>	El 60,0% de la CNE de cada especialidad debe estar dedicada a Lista de espera NO GES mayor o igual a 18 meses.			
<b>Exclusiones</b>	Se excluyen establecimientos DFL-36 y establecimientos de baja complejidad			
<b>Fuente Numerador</b>	REM	<b>Fuente Denominador</b>	REM	
<b>Nivel de Aplicación</b>	Se incluyen todos los establecimientos de alta y mediana complejidad que incorporan producción ambulatoria de especialidad, incluyendo los CRS, CDT, CAE, COSAM e Institutos			

### Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
>=60%	4 puntos
>=50%	3 puntos
>=40%	2 puntos
>=35%	1 punto

## Definición de Términos

- **Consulta nueva:** Porcentaje de consultas nuevas efectuadas en el periodo, respecto al total de consultas (nuevas y controles).
- **Consulta nueva de especialidad:** Se define como la primera atención de especialidad realizada por el profesional que corresponda según normativa generada por una necesidad sanitaria u otro requerimiento clínico. Como también en aquellos casos en que el(la) usuario(a) fue atendido(a) previamente por la especialidad y recibió el alta de su tratamiento y requiere una nueva atención por la misma necesidad sanitaria u otra pertinente a la especialidad.

## Consideraciones Técnicas

La definición de estas metas se estableció de manera diferenciada, para lo cual se agruparon las diferentes especialidades médicas consignadas por DEIS en 6 grupos, definiéndose metas distintas para cada uno de ellos. Esta agrupación se realizó en base al análisis de los siguientes elementos: resultados obtenidos anteriormente respecto al porcentaje de consulta nueva por especialidad, demanda existente considerando lista de espera por especialidad, oferta presente por especialidad dentro de la red de salud y otras características comunes en diagnósticos asociados.

- Incluye las modalidades de atención presencial y remota.
- El porcentaje de cumplimiento considerará el total de especialidades que cumplen con la meta establecida en cada grupo, en relación con el total de especialidades que tributan información durante el periodo.
- En anexo se indica agrupación por especialidades.

## Requisito

- El 60,0% de la CNE de cada especialidad debe estar dedicada a Lista de espera NO GES mayor o igual a 18 meses. (Causales 1-17-16-19).
- Para aquellas especialidades donde la lista de espera sea menor a 6 meses, al corte de la evaluación, se considera esa especialidad como cumplida.

**Anexo: Meta de Consulta Nueva de Especialidad según grupo de especialidades**

**META DE CNE POR GRUPO DE ESPECIALIDADES**  
FUENTE DE DATOS DEIS: REM A07 + REM A30 + REM A32

<p><b>Grupo N°1:CNE ≥ 20,0%</b> GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA HEMATOLOGÍA INFECTOLOGÍA MASTOLOGÍA MEDICINA DEL ADOLESCENTE MEDICINA DEL DEPORTE MEDICINA MATERNO INFANTIL MEDICINA PALIATIVA Y DE MANEJO DEL DOLOR MEDICINA REPRODUCTIVA E INFERTILIDAD NEURORRADIOLOGÍA PSIQUIATRÍA ADULTO PSIQUIATRÍA PEDIÁTRICA Y DE LA ADOLESCENCIA</p>	<p><b>Grupo N°3:CNE ≥ 33,0%</b> CIRUGÍA DE CABEZA, CUELLO Y MAXILOFACIAL CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA ENFERMEDAD RESPIRATORIA DE ADULTO (BRONCOPULMONAR) GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA MEDICINA FAMILIAR MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN NEONATOLOGÍA NEUROLOGÍA ADULTO NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA NUTRICIÓN CLÍNICA PEDIATRÍA</p>	<p><b>Grupo N°5:CNE ≥ 45,0%</b> CIRUGÍA DIGESTIVA (ALTA) CIRUGÍA GENERAL CIRUGÍA VASCULAR PERIFÉRICA COLOPROCTOLOGÍA (CIRUGÍA DIGESTIVA BAJA) DERMATOLOGÍA GENÉTICA CLÍNICA OFTALMOLOGÍA OTORRINOLARINGOLOGÍA</p>
<p><b>Grupo N°2:CNE ≥ 25,0%</b> DIABETOLOGÍA ENDOCRINOLOGÍA ADULTO ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA ENFERMEDAD RESPIRATORIA PEDIÁTRICA (BRONCOPULMONAR INFANTIL) INMUNOLOGÍA NEFROLOGÍA ADULTO NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA ONCOLOGÍA MÉDICA RADIOTERAPIA ONCOLÓGICA REUMATOLOGÍA</p>	<p><b>Grupo N°4:CNE ≥ 40,0%</b> CARDIOLOGÍA CIRUGÍA CARDIOVASCULAR CIRUGÍA PEDIÁTRICA CIRUGÍA TÓRAX GASTROENTEROLOGÍA ADULTO GERIATRÍA MEDICINA INTERNA NEUROCIRUGÍA OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA UROLOGÍA</p>	<p><b>Grupo N°6:CNE ≥ 75,0%</b> ANESTESIOLOGÍA</p>

## 1.6 Derivaciones en APS al nivel secundario respecto a las consultas totales.

### Descripción del Indicador

Indicador de producción que mide la relación entre la producción total de consultas y controles médicos y los casos que son derivados al siguiente nivel de atención, eso permite medir la capacidad resolutoria del equipo médico.

Derivaciones en APS al nivel secundario respecto a las consultas totales.					
DIVAP   Departamento de Cuidados Integrales en Salud					
<b>Objetivo del Indicador</b>	Evaluar capacidad resolutoria del nivel primario, midiendo porcentaje de derivaciones a nivel secundario del total de atenciones médicas realizadas.				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	Total interconsultas generadas en APS para derivación especialidad/ Total de consultas y controles médicos a nivel APS				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	No	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Mensual
<b>Número de Decimales</b>	1 Decimal aproximado				
<b>Meta</b>	≤ 10% de derivaciones desde APS al nivel secundario respecto de sus consultas totales.			<b>Polaridad</b>	Los Valores bajos son Buenos
<b>Requisito</b>	No Tiene Requisito Definido.				
<b>Exclusiones</b>	Este indicador no tiene exclusiones.				
<b>Fuente Numerador</b>	REM	<b>Fuente Denominador</b>	REM		
<b>Nivel de Aplicación</b>	Establecimientos municipales + dependiente de SS + Hospital rural con APS.				

### Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
≤10%	4 puntos
≤12%	2 puntos
≤14%	1 punto

### **Definición de Términos**

- SIC: Solicitud Interconsulta

### **Consideraciones Técnicas**

Se considera solo las acciones clínicas (consultas y controles médicos), en función de asociar a demanda que se genera desde APS a la atención secundaria.

SIC y controles y consultas de otros profesionales (no médicos), no se consideran en el indicador.

## 1.7 Altas de especialidad médica en Centros de Especialidades Ambulatorias de Atención en Salud según meta por grupo de especialidades.

### Descripción del Indicador

Mide el porcentaje de altas registradas respecto del total de consultas nuevas y controles médicas en establecimientos ambulatorios de especialidades. Busca evaluar la capacidad resolutoria de estos establecimientos para entregar atención en el nivel que corresponde, conforme a los protocolos de referencia y contrarreferencia en red. Un mayor porcentaje indica una mejor resolución clínica y favorece el ingreso de nuevas personas en espera de atención.

Altas de especialidad médica en Centros de Especialidades Ambulatorias de Atención en Salud según meta por grupo de especialidades.					
DIGERA   Departamento de Gestión Ambulatoria y Apoyo Diagnóstico					
<b>Objetivo del Indicador</b>	Aumentar el porcentaje de altas de usuarias/os en especialidades médicas.				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	Sumatoria del número total de especialidades que registran altas de especialidades médicas mensualizadas que cumplen el % de altas solicitadas/ Sumatoria del número total de especialidades que tributan producción				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	No	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Mensual
<b>Número de Decimales</b>	1 Decimal Trucado				
<b>Meta</b>	60,0% de las especialidades médicas cumplen meta			<b>Polaridad</b>	Los Valores altos son Buenos
<b>Requisito</b>	No Tiene Requisito Definido.				
<b>Exclusiones</b>	Se excluyen los establecimientos DFL-36 y establecimientos de baja complejidad				
<b>Fuente Numerador</b>	REM	<b>Fuente Denominador</b>	REM		
<b>Nivel de Aplicación</b>	Aplica a los establecimientos que realizan consultas médicas ambulatorias de especialidades en establecimientos de alta y mediana complejidad que incluyen CRS, CDT, CAE y COSAM				

### Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
>=60%	4 puntos
>=50%	3 puntos
>=40%	2 puntos
>=35%	1 punto

## Definición de Términos

- **Alta de especialidad médica:** Porcentaje de usuarios(as) dados de alta de la especialidad en el periodo respecto al total de consultas realizadas en el periodo. Se define como el proceso clínico-administrativo mediante el cual se concluye la atención de una persona en el nivel de especialidad ambulatoria, una vez que se ha resuelto o estabilizado su condición de salud, permitiendo que continúe su seguimiento en otro nivel de atención, principalmente en APS. Esta decisión se basa en criterios clínicos que garantizan que el usuario(a) ha recibido el tratamiento o intervención necesaria y puede ser manejada en un nivel menos complejo.

## Consideraciones Técnicas

Para la definición de la meta de cumplimiento del indicador de altas médicas en establecimientos ambulatorios de especialidades, se realizó un análisis detallado por especialidad, considerando variables como lista de espera, oferta disponible, volumen de producción, caracterización de la demanda, entre otras. A partir de este análisis, se definieron metas diferenciadas, agrupadas según criterios específicos, como se muestra en la siguiente tabla adjunta como anexo.

### Anexo: Meta de altas de especialidad según grupo de especialidades

META DE ALTAS POR GRUPO DE ESPECIALIDADES	
FUENTE DE DATOS DEIS: REMA07 + REMA32	
<p><b>Grupo N°1: Altas ≥ 5,0%</b></p> <p>GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA HEMATOLOGÍA INFECTOLOGÍA INMUNOLOGÍA MASTOLOGÍA MEDICINA PALIATIVA Y DE MANEJO DEL DOLOR NEFROLOGÍA ADULTO</p>	<p><b>Grupo N°4: Altas ≥ 14,0%</b></p> <p>CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA CIRUGÍA VASCULAR PERIFÉRICA COLOPROCTOLOGÍA (CIRUGÍA DIGESTIVA BAJA) GENÉTICA CLÍNICA MEDICINA DEL DEPORTE MEDICINA FAMILIAR MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN MEDICINA INTERNA MEDICINA MATERNO INFANTIL NEUROCIROLOGÍA NEUROLOGÍA ADULTO OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA PEDIATRÍA RADIOTERAPIA ONCOLÓGICA TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA</p>
<p><b>Grupo N°2: Altas ≥ 7,0%</b></p> <p>DIABETOLOGÍA ENDOCRINOLOGÍA PEDIÁTRICA ENFERMEDAD RESPIRATORIA DE ADULTO (BRONCOPULMONAR) ENFERMEDAD RESPIRATORIA PEDIÁTRICA (BRONCOPULMONAR INFANTIL) NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA REUMATOLOGÍA</p>	<p><b>Grupo N°5: Altas ≥ 18,0%</b></p> <p>CIRUGÍA DIGESTIVA (ALTA) CIRUGÍA GENERAL CIRUGÍA TÓRAX DERMATOLOGÍA GERIATRÍA NEONATOLOGÍA OFTALMOLOGÍA OTORRINOLARINGOLOGÍA</p>
<p><b>Grupo N°3: Altas ≥ 10,0%</b></p> <p>CARDIOLOGÍA CIRUGÍA DE CABEZA, CUELLO Y MAXILOFACIAL ENDOCRINOLOGÍA ADULTO GASTROENTEROLOGÍA ADULTO GASTROENTEROLOGÍA PEDIÁTRICA MEDICINA DEL ADOLESCENTE MEDICINA REPRODUCTIVA E INFERTILIDAD NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA NEURORRADIOLOGÍA NUTRICIÓN CLÍNICA ONCOLOGÍA MÉDICA PSIQUIATRÍA ADULTO PSIQUIATRÍA PEDIÁTRICA Y DE LA ADOLESCENCIA UROLOGÍA</p>	<p><b>Grupo N°5: Altas ≥ 25,0%</b></p> <p>CIRUGÍA CARDIOVASCULAR CIRUGÍA PEDIÁTRICA</p>
	<p><b>Grupo N°6: Altas ≥ 70,0%</b></p> <p>ANESTESIOLOGÍA</p>

## 1.8 Inasistencia a consultas médicas en Centros de Especialidades Ambulatorias de Atención en Salud.

### Descripción del Indicador

Mide el cumplimiento del porcentaje de usuarios(as) que no se presentan (NSP) a consultas médicas de especialidad, tanto nuevas como de control, según el estándar establecido para este indicador.

Un aumento en este porcentaje refleja la necesidad de fortalecer acciones orientadas a asegurar la asistencia de los(as) usuarios(as), tales como el agendamiento consensuado, la confirmación de citas y la comunicación bidireccional, entre otros elementos.

Inasistencia a consultas médicas en Centros de Especialidades Ambulatorias de Atención en Salud.					
DIGERA   Departamento de Gestión Ambulatoria y Apoyo Diagnóstico					
<b>Objetivo del Indicador</b>	Monitorear la inasistencia de usuarios a citas médicas previamente agendadas con contacto efectivo, generando estrategias para la disminución del NSP.				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	Sumatoria del número total de especialidades que cumplen con el porcentaje de NSP a consulta médica de especialidad / Sumatoria del número total de especialidades que tributan producción				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	No	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Mensual
<b>Número de Decimales</b>	1 Decimal Trucado				
<b>Meta</b>	75,0% de las especialidades médicas cumplen meta.			<b>Polaridad</b>	Los Valores bajos son Buenos
<b>Requisito</b>	No Tiene Requisito Definido.				
<b>Exclusiones</b>	Se excluyen establecimientos DFL-36 y establecimientos de baja complejidad.				
<b>Fuente Numerador</b>	REM	<b>Fuente Denominador</b>	REM		
<b>Nivel de Aplicación</b>	Aplica a todos los establecimientos hospitalarios de alta y mediana complejidad, incluyendo los Centros de Referencias de Salud (CRS), CAE, CDT, COSAM e Institutos.				

### Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
>=75%	4 puntos
>=70%	3 puntos
>=65%	2 puntos
>=60%	1 punto

## Definición de Términos

- **No Se Presenta (NSP):** Corresponde al estado en que el usuario(a) no se presenta a su atención de salud, previamente agendada y confirmada tras contacto efectivo con el usuario(a).
- **Agendamiento:** Proceso administrativo a través del cual se asigna una citación a un usuario(a) de acuerdo con la oferta de horas de los(as) profesionales, prioridad clínica y/o lineamientos vigentes. Lo anterior incluye contacto efectivo previo con la persona y entrega de indicaciones, si corresponde, para que ésta se lleve a cabo.
- **Gestión de citas:** Corresponden a las actividades que tienen por objetivo asegurar la asistencia de los pacientes a su atención de salud para así lograr su acceso y oportunidad. Lo anterior, contribuye a realizar una gestión eficiente de la lista de espera junto a sus recursos existentes y también mejorar la satisfacción usuaria.

## Consideraciones Técnicas

Para la evaluación, se analiza el porcentaje de inasistencia de acuerdo a lo establecido. Para aquellas especialidades que se encuentran bajo el umbral, es decir, inasistencia menor al 12%, se considera que cumplen la meta de NSP y son considerados en el numerador.

El indicador se construyó a partir del análisis del promedio de NSP en establecimientos ambulatorios de especialidades. Su objetivo es reducir inasistencias mediante mejoras en la gestión del contacto, en un proceso administrativo transversal, donde las estrategias pueden adaptarse por especialidad sin alterar el flujo general de gestión.

## 1.9 Personas que abandonan durante el Proceso de Atención de Urgencia en las Unidades de Emergencia Hospitalaria Adulto y Pediátrica.

### Descripción del Indicador

Este indicador mide el porcentaje de pacientes que, tras ser admitidos/as con generación de DAU en la Unidad de Emergencia Hospitalaria, se retiran antes de completar su atención médica, ya sea sin ser evaluados/as por un profesional o sin recibir el alta correspondiente. El propósito es evaluar la eficiencia y calidad del servicio de urgencias, dado que el abandono incrementa el riesgo de complicaciones graves o la muerte en las personas usuarias, además reflejar insatisfacción con la atención por la demora en esta.

Personas que abandonan durante el Proceso de Atención de Urgencia en las Unidades de Emergencia Hospitalaria Adulto y Pediátrica.					
DIGERA   Departamento de Gestión Hospitalaria y Red de Urgencia					
<b>Objetivo del Indicador</b>	Disminuir el porcentaje de pacientes que no completan el proceso de atención médica en unidades de emergencia hospitalaria.				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	$\frac{((\text{Número total de DAU generados en las Unidades de Emergencia Hospitalaria Adulto y Pediátrica} - \text{Número total de altas desde las Unidades de Emergencia Hospitalaria Adulto y Pediátrica}) / \text{Número total de DAU generados en las Unidades de Emergencia Hospita})}{1}$				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	No	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Mensual
<b>Número de Decimales</b>	1 Decimal aproximado				
<b>Meta</b>	≤10% de personas que abandonan durante el proceso de atención de urgencia			<b>Polaridad</b>	Los Valores bajos son Buenos
<b>Requisito</b>	No Tiene Requisito Definido.				
<b>Exclusiones</b>	Urgencia Gineco-Obstétrica				
<b>Fuente Numerador</b>	CONVERGENTE	<b>Fuente Denominador</b>	CONVERGENTE		
<b>Nivel de Aplicación</b>	Establecimientos de alta y mediana complejidad.				

### Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
≤10%	4 puntos
≤12.5%	3 puntos
≤15.0%	2 puntos
≤17.5%	1 punto

## Definición de Términos

- **Abandono:** se refiere a los pacientes que, habiendo sido admitidos en el servicio de urgencias, se retiran antes de recibir una evaluación médica o antes de obtener una disposición final (alta médica, hospitalización, derivación a otro servicio o fallecimiento).
- **Porcentaje de abandono:** se calcula en relación al total de pacientes admitidos con generación de DAU en urgencias durante un periodo determinado, y debe ser medido de manera continua para identificar tendencias y posibles áreas de intervención.
- **Numerador:** debe considerar a todas las personas que se retiran posterior a la generación del DAU, en cualquier etapa del proceso de atención de urgencia, incluso aquellas que no alcanzan a recibir atención médica y se retiran desde la sala de espera.

## Consideraciones Técnicas

Este indicador mide el porcentaje de pacientes que no completan la atención médica, por sobre el total de la demanda de atención de urgencia.

Se considera atención de urgencia, a pacientes admitidos, con generación de DAU cuya atención completó el proceso de atención de urgencia y resultaron en una alta médica. Se incluye atención médica pediátrica y adulto.

**Mensualmente el equipo de Urgencia MINSAL, disponibilizará un reporte con los datos de los establecimientos de la red.**

## 1.10 Personas categorizados C2 atendidos oportunamente en las UEH adulto y pediátrico.

### Descripción del Indicador

Este indicador mide el porcentaje de pacientes categorizados como C2 que son atendidos en menos de 30 minutos desde su categorización en la unidad de emergencia hospitalaria (UEH). Los pacientes C2 son aquellos cuya condición podría deteriorarse rápidamente sin una intervención médica oportuna, por lo que su atención debe ser prioritaria.

El propósito de este indicador es evaluar la capacidad de las UEH para garantizar una atención oportuna a estos pacientes, minimizando el riesgo de deterioro clínico.

Personas categorizadas C2 atendidos oportunamente en las UEH adulto y pediátrico.					
DIGERA   Departamento de Gestión Hospitalaria y Red de Urgencia					
<b>Objetivo del Indicador</b>	Mejorar la oportunidad de atención médica a los pacientes categorizado C2, que necesitan objetivamente atención de urgencias para solucionar problemas críticos de salud.				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	$(N^{\circ} \text{ Total de Pacientes C2 que se atiende en 30 minutos o menos en Unidad de Emergencia} / N^{\circ} \text{ total de pacientes C2 atendidos en Unidad de Emergencia})$				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	Sí	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Mensual
<b>Número de Decimales</b>	1 Decimal aproximado				
<b>Meta</b>	90% de los pacientes C2 atendidos en 30 minutos o menos en las unidades de emergencia			<b>Polaridad</b>	Los Valores altos son Buenos
<b>Requisito</b>	No Tiene Requisito Definido.				
<b>Exclusiones</b>	Urgencia Gineco-Obstétrica				
<b>Fuente Numerador</b>	CONVERGENTE		<b>Fuente Denominador</b>	CONVERGENTE	
<b>Nivel de Aplicación</b>	Aplica para los establecimientos con UEH de alta, mediana y baja complejidad.				

### Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
≥ 90,0%	4 puntos
≥ 85,0%	3 puntos
≥ 80,0%	2 puntos
≥ 75,0%	1 punto

## Definición de Términos

- **Pacientes categorizados:** Este proceso se basa en un sistema estandarizado que clasifica a los pacientes en cinco categorías.
- **C2 - Urgencia:** Pacientes con condiciones graves que necesitan atención en un plazo máximo de 30 minutos. El Acceso a atención médica debería ser en 30 minutos o menos desde la categorización. Lo anterior, de acuerdo con R.E. N°108/2018 “Orientación técnica del sistema de priorización estructurada de la atención de pacientes en UEH” y Ordinario N°313/2018 que informa sobre herramienta ESI en las UEH.

## Consideraciones Técnicas

La medición, registro y evaluación de los registros extraídos desde la ficha clínica o plataforma informática debe estar de acuerdo con R.E. N°108/2018 “Orientación técnica del sistema de priorización estructurada de la atención de pacientes en UEH” y Ordinario N°313/2018 que informa sobre herramienta ESI en las UEH.

Mensualmente el equipo de Urgencia MINSAL, disponibilizará un reporte con los datos de los establecimientos de la red.

### 1.11 Personas con indicación de hospitalización desde UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas.

#### Descripción del Indicador

Este indicador mide el porcentaje de pacientes que, tras recibir una indicación de hospitalización en la unidad de emergencia hospitalaria (UEH), acceden a una cama de dotación vigente en menos de 12 horas. En Chile, los pacientes solo pueden ser hospitalizados en camas de dotación reconocidas en el proceso anual DIGERA MINSAL. Los retrasos en el ingreso hospitalario están asociados a un aumento de la mortalidad a los 30 días y afectan negativamente el proceso de hospitalización. Además, pueden causar bloqueos de camillas y afectar la oportunidad de atención para nuevos pacientes en la UEH.

Personas con indicación de hospitalización desde UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas.					
DIGERA   Departamento de Gestión Hospitalaria y Red de Urgencia					
<b>Objetivo del Indicador</b>	Monitorizar y aumentar el porcentaje de pacientes que, tras recibir una indicación de hospitalización en la unidad de emergencia hospitalaria (UEH), acceden a una cama de dotación vigente en menos de 12 horas.				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	(Número total de pacientes con indicación de hospitalización que espera en UEH $t' < 12$ horas para acceder a cama de dotación / Número total de pacientes con indicación de hospitalización en la UEH)				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	Sí	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Mensual
<b>Número de Decimales</b>	1 Decimal aproximado				
<b>Meta</b>	≥85% de los pacientes accedan a cama de dotación en menos de 12 horas desde la indicación de hospitalización.			<b>Polaridad</b>	Los Valores altos son Buenos
<b>Requisito</b>	No Tiene Requisito Definido.				
<b>Exclusiones</b>	No aplica para Hospitalización desde UEH gineco-obstétrica.				
<b>Fuente Numerador</b>	REM	<b>Fuente Denominador</b>	REM		
<b>Nivel de Aplicación</b>	Aplica para los hospitales de mediana y alta complejidad.				

**Tabla de sensibilidad**

Cumplimiento	Puntaje
≥85%	4 puntos
≥80%	3 puntos
≥70%	2 puntos
≥60%	1 punto

## Definición de Términos

- **UEH:** Corresponde a la unidad de emergencia hospitalaria.
- **Camas de dotación:** camas asignadas al establecimiento por la autoridad competente, instaladas y dispuestas las 24 horas del día para la hospitalización de pacientes, que funcionan regularmente en períodos de actividad normal. NT 201 /2018.

## Consideraciones Técnicas

Para efectos de cálculo del indicador, se deberán sumar todas las hospitalizaciones adulto y pediátricas provenientes de la UEH del establecimiento.

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

- Tiempo 1 (T1): Hora de indicación de hospitalización.
- Tiempo 2 (T2): Hora de ingreso al servicio clínico (paciente acostado).

El ingreso debe ser debidamente registrado en una cama de dotación y estos registros deben guardar correlación con lo ingresado en a base de datos de Egresos Hospitalarios.

## 1.12 Cierres de casos de Teleinterconsultas de Hospital Digital resueltas por las Células de especialidades definidas, en un plazo máximo de 30 días desde su respuesta.

### Descripción del Indicador

Este indicador mide el porcentaje de Teleinterconsultas resueltas por las Células de especialidad en la plataforma de Hospital Digital que han sido cerradas en un período igual o menor a 30 días desde la respuesta del especialista. Un mayor porcentaje de cierres de casos dentro del plazo establecido garantiza la entrega de información oportuna al usuario y resolución efectiva de las Teleinterconsultas en la plataforma de Hospital Digital.

Cierres de casos de Teleinterconsultas de Hospital Digital resueltas por las Células de especialidades definidas, en un plazo máximo de 30 días desde su respuesta.					
Salud Digital   Unidad de Control de Gestión y Análisis de Información					
<b>Objetivo del Indicador</b>	Optimizar el cierre oportuno de los casos resueltos por Hospital Digital, garantizando un flujo continuo de información y fortaleciendo la continuidad del cuidado y la gestión clínica para una mejor atención al usuario.				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	Número de casos cerrados dentro de 30 días desde la respuesta del especialista en la plataforma de Teleinterconsultas de Hospital Digital / Número total de casos respondidos por especialistas, en la plataforma de Hospital Digital				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	No	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Mensual
<b>Número de Decimales</b>	1 Decimal aproximado				
<b>Meta</b>	≥85% de las Teleinterconsultas cerradas en plazo.			<b>Polaridad</b>	Los Valores altos son Buenos
<b>Requisito</b>	No Tiene Requisito Definido.				
<b>Exclusiones</b>	Este indicador no tiene exclusiones.				
<b>Fuente Numerador</b>	Sistema de Registro de HD	<b>Fuente Denominador</b>	Sistema de Registro de HD		
<b>Nivel de Aplicación</b>	Aplica a establecimientos de baja, mediana y alta complejidad				

### Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
>=85%	4 puntos
>=75%	3 puntos
>=65%	2 puntos
>=50%	1 punto

## Definición de Términos

- **Teleinterconsulta:** corresponde a una prestación de salud a distancia, que puede ser sincrónica o asincrónica, en la que profesionales de la salud intercambian información sobre un caso clínico a través del uso de las tecnologías de la información y comunicación con fines diagnósticos, terapéuticos y de seguimiento.
- **Telemedicina Asincrónica:** corresponde a la interacción “diferida”, que permite el almacenamiento y transmisión de datos e imágenes, los que son enviados a un profesional de la salud junto con antecedentes clínicos del paciente, para que este emita un diagnóstico y/o tratamiento.
- **Cierre de caso:** se considera un caso cerrado en la plataforma de Teleinterconsulta de Hospital Digital cuando en la teleinterconsulta respondida por el especialista, se ha registrado la fecha de entrega de la información al usuario y el formulario del tratante correspondiente ha sido guardado en estado 'Completo'
- **Formulario completo:** corresponde al cambio de estado a “completo” en el formulario del médico tratante en la plataforma de HD, incorporando siempre la fecha de entrega de información al usuario. Se debe seleccionar esta opción al guardar el formulario.

## Consideraciones Técnicas

Se considera que un caso está cerrado cuando la Teleinterconsulta ha sido resuelta por el especialista, se ha registrado la fecha de entrega de la información al usuario y el formulario del tratante ha sido completado en la plataforma de Hospital Digital, todo dentro de un plazo máximo de 30 días. Este plazo se contabiliza desde la fecha de respuesta del especialista hasta la fecha en que el caso es cerrado administrativamente en la plataforma.

Solo se consideran las especialidades implementadas de Hospital Digital con mayor cobertura en la red asistencial: **Dermatología, Diabetes, Nefrología, Geriatria, Patología Oral y Trastornos Temporomandibulares.**

### 1.13 Establecimientos del Servicio de Salud con 2 o más estrategias y/o Células de Hospital Digital implementadas.

#### Descripción del Indicador

Este indicador mide el porcentaje de establecimientos de salud de un Servicio de Salud que han implementado al menos 2 estrategias de Hospital Digital (HD). Evalúa el grado de adopción y expansión de las estrategias digitales en la Red Asistencial, asegurando que los establecimientos de salud integren soluciones digitales para mejorar el acceso, la eficiencia, la calidad y la oportunidad de la atención en salud.

Un mayor porcentaje de cumplimiento indica que más establecimientos han incorporado al menos 2 estrategias de HD, promoviendo un avance en la transformación digital del sistema de salud. Mientras que un porcentaje bajo refleja una adopción limitada a las estrategias de Hospital Digital.

Establecimientos del Servicio de Salud con 2 o más estrategias y/o Células de Hospital Digital implementadas.					
Salud Digital   Unidad de Control de Gestión y Análisis de Información					
<b>Objetivo del Indicador</b>	Incentivar la implementación y el desarrollo de la telemedicina en los establecimientos de la red asistencial a través de las estrategias y Células de Hospital Digital, en todos sus niveles de atención.				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	Número de establecimientos con 2 o más estrategias de Hospital Digital implementadas en el Servicio de Salud / Meta de establecimientos del Servicio de Salud				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	Sí	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Semestral
<b>Número de Decimales</b>	Entero sin decimales				
<b>Meta</b>	Cumplir con el 100% de la meta definida para cada Servicio de Salud.			<b>Polaridad</b>	Los Valores altos son Buenos
<b>Requisito</b>	No Tiene Requisito Definido.				
<b>Exclusiones</b>	No están considerados los establecimientos que clasificados según Listado de Establecimientos DEIS, corresponde a Postas de Salud Rural.				
<b>Fuente Numerador</b>	Sistema de Registro de HD	<b>Fuente Denominador</b>	Sistema de Registro de HD		
<b>Nivel de Aplicación</b>	Aplica a establecimientos de los niveles de baja, media y alta complejidad				

#### Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
>=100%	4 puntos
>=50%	2 puntos

### Definición de Términos

- **Línea Base:** corresponde a la cantidad de establecimientos con producción en dos o más estrategias de HD durante el año 2024, sin considerar las Postas de Salud Rural.

### Consideraciones Técnicas

Para la evaluación del indicador se consideran a todos los establecimientos de salud, en sus 3 niveles de atención según listado de establecimientos DEIS (versión actualizada a la fecha de evaluación), con excepción de las Postas de Salud Rural.

**Los establecimientos deben mantener y/o aumentar la producción de prestaciones de Hospital Digital, en el período a evaluar, respecto al mismo periodo del año 2024. Este punto es considerado como mínimo para evaluar el indicador, es decir, si la producción al corte 2025 es menor a la producción en el mismo corte del año 2024 se asigna 0% cumplimiento.**

- Cálculo de metas, consideraciones y las bases compartidas por referencia técnica HD MINSAL.

### **Anexo: Establecimientos del Servicio de Salud con 2 o más estrategias y/o células de Hospital Digital implementadas.**

N °	Servicio de Salud	Meta anual: cantidad total de establecimientos con 2 o más estrategias de HD a implementar en 2025	Meta anual: nuevos establecimientos con 2 o más estrategias de HD a implementar en 2025
1	Arica y Parinacota	10	3
2	Tarapacá	20	4
3	Antofagasta	27	5
4	Atacama	26	3
5	Coquimbo	53	6
6	Aconcagua	21	3
7	Viña del Mar Quillota	68	8
8	Valparaíso San Antonio	42	7
9	Metropolitano Norte	39	7
10	Metropolitano Central	25	5
11	Metropolitano Occidente	52	11
12	Metropolitano Oriente	33	7
13	Metropolitano Sur	57	7
14	Metropolitano Sur Oriente	47	9
15	Del Libertador B. O'Higgins	68	5
16	Del Maule	84	15
17	Ñuble	39	7
18	Talcahuano	28	5
19	Concepción	35	7
20	Biobío	32	6
21	Arauco	17	4
22	Araucanía Norte	21	4
23	Araucanía Sur	73	8
24	Los Ríos	34	7
25	Osorno	25	3
26	Del Reloncaví	35	4
27	Chiloé	27	2
28	Aysén	11	1
29	Magallanes	14	2

### 1.14 Camas disponibles respecto de la dotación vigente.

#### Descripción del Indicador

El propósito de este indicador es mantener la habilitación completa de las camas reconocidas en el proceso de dotación 2025, con el fin de mantener la oferta de la red asistencial.

Camas disponibles respecto de la dotación vigente.					
DIGERA   Departamento de Gestión Hospitalaria y Red de Urgencia					
Objetivo del Indicador	Optimizar la utilización de camas disponibles para garantizar una gestión eficiente de los recursos de salud.				
Fórmula de Cálculo	[ Total Días Camas Disponibles/ (Total Camas por Resolución * total días año calendario)]				
Cuenta con Línea Base	No	Unidad de Medida	Porcentaje	Periodicidad de Monitoreo	Trimestral
Número de Decimales	Entero sin decimales				
Meta	95% de utilización de camas			Polaridad	Mixto
Requisito	Plan de mitigación o plan de apertura de camas.				
Exclusiones	Este indicador no tiene exclusiones.				
Fuente Numerador	REM 20	Fuente Denominador	REM 20		
Nivel de Aplicación	Aplica a establecimientos de baja, mediana y alta complejidad				

#### Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
>=95%	4 puntos
>=93%	3 puntos
>=92%	2 puntos
>=90%	1 punto

## Definición de Términos

- **Camas de dotación:** camas asignadas al establecimiento por la autoridad competente, instaladas y dispuestas las 24 horas del día para la hospitalización de pacientes, que funcionan regularmente en períodos de actividad normal. NT 201 /2018.

## Consideraciones Técnicas

**Requisito:** Se debe elaborar un informe trimestral conforme al formato y los criterios establecidos por el referente técnico en relación con la causal de inhabilitación\*. Este informe debe incluir un plan de mitigación o un plan de apertura de camas, ajustándose a las exigencias y requisitos mínimos establecidos según la periodicidad definida.

*\*Los planes deben ser elaborados según causal involucrada. La división disponibilizará y evaluará conforme al formato establecido.*

### 1.15 Índice de Rotación de camas.

#### Descripción del Indicador

Este indicador mide el número de pacientes que ocupan una cama hospitalaria durante un período de tiempo específico.

Índice de Rotación de camas.					
DIGERA   Departamento de Gestión Hospitalaria y Red de Urgencia					
<b>Objetivo del Indicador</b>	Optimizar el uso eficiente de las camas en los hospitales de la red.				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	Número de unidades funcionales que cumplen con el índice de rotación de camas establecida / Total de unidades funcionales				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	No	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Mensual
<b>Número de Decimales</b>	1 Decimal Trucado				
<b>Meta</b>	85% de las unidades funcionales cumplan el índice de rotación de camas establecida.			<b>Polaridad</b>	Los Valores altos son Buenos
<b>Requisito</b>	Camas habilitadas				
<b>Exclusiones</b>	En consideración técnica se define el listado de unidades funcionales incluidas en la medición				
<b>Fuente Numerador</b>	REM 20	<b>Fuente Denominador</b>	REM 20		
<b>Nivel de Aplicación</b>	Todos los establecimientos que cuenten con los tipos de camas definidos.				

#### Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
>=85%	4 puntos
>=80%	3 puntos
>=75%	2 puntos
>=70%	1 punto

## Definición de Términos

- **Índice de rotación o giro de camas:** mide el número de pacientes que pasan por una cama hospitalaria en un período de tiempo determinado. Manual Censo Diario 2014.

## Consideraciones Técnicas

- **BSC:** medición de unidades funcionales del establecimiento (que están incluidas en el listad)
- **Comges:** la sumatoria de las unidades funciones que cumplen versus el total de unidades funcionales de cada establecimiento.
- **Tipo de cama:** básico, medios, UTI, UCI. Según promedio de camas disponibles informadas (Esto puede diferir de la dotación por cambios según es necesario, ejemplo Campaña invierno).
- **Complejidad:** alta, mediana (de acuerdo con DEIS)
- **Tipo de usuario:** Adulto/ pediátrico

Unidades funcionales consideradas en medición:

- 401 - Área Médica Adulto Cuidados Básicos
- 402 - Área Médica Adulto Cuidados Medios
- 403 - Área Médico-Quirúrgico Cuidados Básicos
- 404 - Área Médico-Quirúrgico Cuidados Medios
- 405 - Área Cuidados Intensivos Adultos
- 406 - Área Cuidados Intermedios Adultos
- 410 - Área Médico-Quirúrgico Pediátrica Cuidados Medios
- 411 - Área Cuidados Intensivos Pediátricos
- 412 - Área Cuidados Intermedios Pediátricos
- 407 - Área Médica Pediátrica Cuidados Básicos
- 408 - Área Médica Pediátrica Cuidados Medios
- 409 - Área Médico-Quirúrgico Pediátrica Cuidados Básicos

**Para calcular la rotación:** (Nº Egresos + Traslados) / promedio días camas disponibles

La tabla con el indica de rotación por tipo de cama y complejidad se comparte en anexo.

### Anexo: Índice de rotación de camas

Tipo Cama	Alta Complejidad		Mediana Complejidad	
	Adulto	Pediátrica	Adulto	Pediátrica
Básicos	4,80	5,24	4,87	3,42
Medios	4,24	5,15	4,00	5,99
UTI	5,24	4,36	5,05	4,82
UCI	3,60	3,43	3,34	1,28

## 1.16 Días de estada en Hospitalización Domiciliaria.

### Descripción del Indicador

El promedio días de estada nos permite conocer la duración de la internación de los pacientes y evaluar en qué medida la estadía de un paciente se prolonga más allá de lo admisible. Con el seguimiento de este indicador se mejorará la gestión del recurso cupo/cama en las unidades de hospitalización domiciliaria (UHD) de todo el país.

Días de estada en Hospitalización Domiciliaria.					
DIGERA   Departamento de Gestión Hospitalaria y Red de Urgencia					
<b>Objetivo del Indicador</b>	Optimizar los días de estancia en hospitalización domiciliaria para contribuir a una meta nacional de 8,5 días o menos.				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	Número de establecimientos del Servicio de Salud que cumplen la meta de días de estada en Hospitalización Domiciliaria / Número de establecimientos del Servicio de Salud evaluados				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	Sí	<b>Unidad de Medida</b>	Número	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Mensual
<b>Número de Decimales</b>	1 Decimal aproximado				
<b>Meta</b>	Cumplir con el 100% de la meta asignada por servicio de salud.			<b>Polaridad</b>	Mixto
<b>Requisito</b>	Nivel de cumplimiento de requisitos de la norma y evaluar meta por nivel de complejidad.				
<b>Exclusiones</b>	Hospitales que no cuenten con unidades de Hospitalización Domiciliaria o no recibieran recursos desde MINSAL para su implementación.				
<b>Fuente Numerador</b>	REM	<b>Fuente Denominador</b>	REM		
<b>Nivel de Aplicación</b>	Todas las unidades con recurso MINSAL (91 unidades) deben cumplir con la meta solicitada y no ser subvencionadas por otras como ocurrió el 2024.				

### Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
=100%	4 puntos
>=50%	2 puntos

## Definición de Términos

- **UHD:** Unidades de Hospitalización Domiciliaria.
- **Días personas atendidas:** Es el número total de días que el paciente se encuentra bajo los cuidados de hospitalización domiciliaria. Corresponde a la sumatoria de días totales de hospitalización por paciente durante el mes.
- **Promedio días de estada:** Se entenderá como el total días personas atendidas en el período /total de personas atendidas en el período.

## Consideraciones Técnicas

Las Unidades de Hospitalización Domiciliaria (UHD) deben monitorear constantemente que sus pacientes no prolonguen innecesariamente sus hospitalizaciones. Para ello, se utiliza el indicador de Días de Estada, que no debe exceder la meta asignada para cada establecimiento.

**Fórmula:** Días personas atendidas / Personas atendidas.

Sabiendo lo importante de mantener este Indicador en base al Promedio Nacional  $\leq 8,5$  es que debemos trabajar en poder mantenerlo o disminuirlo de acuerdo con su línea de base (LB).

- LB se considera lo logrado al 2do corte COMGES 2024.
- El verificador son los datos REM A 21, sección C1.

Debido a lo anteriormente explicado, es que este año se solicitará una meta específica para cada establecimiento, la cual será fijada en base a su LB 2024. Generando tres categorías:

- 1.- Para aquellos con **LB menor e igual a 8.5** deben disminuir o mantener.
- 2.- Para aquellos con **LB mayor a 8.5** se dividieron en 2 grupos:
  - Aquellos donde su diferencia entre la LB y la meta nacional sea igual o superior a 10, donde se le solicita disminuir el 50% de su brecha.
  - Aquellos donde su diferencia entre la LB y la meta nacional sea menor que 10, donde se le solicita disminuir 33,3% de su brecha.

La responsabilidad de cumplimiento del indicador es compartida entre la subdirección medica de cada establecimiento y el Servicio de Salud.

Las metas serán compartidas como anexo.

## 1.17 Donaciones de sangre altruistas por Servicio de Salud.

### Descripción del Indicador

Este indicador mide el resultado de las estrategias implementadas para fomentar la donación altruista de sangre en los servicios de salud.

Donaciones de sangre altruistas por Servicio de Salud.					
DIGERA   Departamento de Gestión Ambulatoria y Apoyo Diagnóstico					
<b>Objetivo del Indicador</b>	Aumentar la donación altruista de sangre en los servicios de salud, favoreciendo el agendamiento de horas para donar, la ejecución de acciones de marketing social en los equipos de atención a donantes y la medición mensual del rendimiento en donaciones efectivas. También, promover el cambio cultural en los donantes y funcionarios, para garantizar un suministro suficiente y seguro de sangre y productos sanguíneos para los usuarios de la red asistencial.				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	Donaciones de sangre altruistas obtenidas/Meta establecida				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	Sí	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Mensual
<b>Número de Decimales</b>	1 Decimal Trucado				
<b>Meta</b>	100% de la meta			<b>Polaridad</b>	Los Valores altos son Buenos
<b>Requisito</b>	No Tiene Requisito Definido.				
<b>Exclusiones</b>	Establecimientos de la red asistencial que no cuentan con sitios fijos intrahospitalarios, casas del donante o colectas móviles y no atienden donantes de sangre en ninguna modalidad. No aplica a aquellos establecimientos que sólo realizan donaciones por aféresis.				
<b>Fuente Numerador</b>	REM	<b>Fuente Denominador</b>	REM		
<b>Nivel de Aplicación</b>	Todos los establecimientos de la red asistencial que cuentan con un sitio fijo intrahospitalario de atención de donantes de sangre o que cuentan con una casa del donante de sangre o que realizan actividades de colecta móvil de sangre				

### Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
>=100%	4 puntos
>=97%	3 puntos
>=93%	2 puntos

## Definición de Términos

La donación de sangre es un procedimiento médico en el cual se extrae una cantidad de sangre desde una persona que manifiesta su voluntad, lo cual puede ayudar en dar tratamiento a personas y pacientes que lo necesitan.

Existen 2 tipos de donación de sangre:

- **Donación de sangre total:** Es el tipo más común. Durante este procedimiento ambulatorio se extrae más o menos medio litro de sangre. Luego, mediante procedimientos especializados, la sangre se separa en sus componentes: glóbulos rojos, plasma y plaquetas, los cuales se almacenan y distribuyen a los hospitales de la red asistencial según sus requerimientos.
- **Aféresis:** La donación de componentes por aféresis, se realiza conectando al donante a una máquina de aféresis que recolecta y separa inmediatamente los diferentes elementos de la sangre, extrayendo lo que se requiere, mientras que la máquina devuelve los elementos restantes de la sangre.

Donaciones totales de sangre: se refiere a la cantidad global de unidades de sangre recolectadas en un período determinado, incluyendo todos los tipos de donación. Estas pueden clasificarse en:

- **Donaciones altruistas nuevas:** personas que donan por primera vez de manera voluntaria.
- **Donaciones altruistas repetidas:** personas que donan regularmente 1 o más veces al año sin una solicitud específica.
- **Donaciones altruistas totales:** corresponde a la suma de nuevas y repetidas.
- **Donaciones de reposición o familiares:** corresponde a las donaciones realizadas para reponer/devolver la sangre utilizada por un paciente específico. Para efectos de este COMGES no serán contabilizadas.

La suma de todos estos tipos de donaciones constituye el total de sangre recolectada en un sitio fijo de donación (hospital o casa del donante) y colecta móvil perteneciente a la jurisdicción territorial del servicio de salud.

## Consideraciones Técnicas

Se ha definido que los establecimientos de la red asistencial podrán atender donantes de sangre, siempre y cuando cuenten con un sitio fijo intrahospitalario, con una casa del donante de sangre o que realicen actividades de colecta móvil de sangre, y que estos estén autorizados por el Ministerio de Salud. Todas estas actividades deben ser realizadas bajo las normativas establecidas por el ministerio e ir en concordancia con los lineamientos del Plan Nacional de Sangre.

El reporte de datos desde los equipos de atención de donantes será realizado de forma habitual en plataforma REM Serie A N°25 denominado “Servicios de Sangre”, sección A1: Población donante.

La visualización de la información reportada podrá ser realizada por los referentes de unidades de apoyo designados en cada servicio de salud mediante una plataforma diseñada para ello.

Para el 2025, la SRA estableció el número de donaciones altruistas de sangre para todos los servicios de salud del país. Esta instrucción está formalizada en el **Oficio CP N°5277** del 21.03.25 el cual indica metas de donaciones altruistas nuevas, altruistas repetidas y de reposición para cada servicio de salud. Estas metas fueron enviadas vía correo electrónico desde DIGERA el 27.03.25, lo que permitirá calcular rendimiento de donaciones mensuales y semanales para cada sitio fijo intrahospitalario, casa del donante y equipos de colecta móvil, logrando un uso eficiente de los recursos ya disponibles y entregar una atención de calidad a los donantes.

Las metas de donaciones altruistas serán compartidas como anexo.

### 1.18 Medicamentos mermados respecto del inventario valorizado.

#### Descripción del Indicador

El presente indicador busca evaluar y mejorar la gestión logística de los medicamentos mediante la realización de inventarios, con la finalidad de reducir las pérdidas generadas por mermas en los procesos de almacenamiento y distribución al interior de los establecimientos de la red asistencial.

Medicamentos mermados respecto del inventario valorizado.					
DIGERA   Departamento de Gestión Ambulatoria y Apoyo Diagnóstico					
<b>Objetivo del Indicador</b>	Mejorar la gestión logística en la cadena de suministros de las unidades de abastecimiento y farmacia mediante la realización de inventarios semestrales, con la finalidad de reducir las pérdidas generadas por mermas en los procesos de almacenamiento.				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	Valorizado de medicamentos mermados / Total inventario de medicamentos valorizados				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	No	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Trimestral
<b>Número de Decimales</b>	2 Decimal Aproximado				
<b>Meta</b>				<b>Polaridad</b>	Los Valores bajos son Buenos
<b>Requisito</b>	Para el año 2025 los Establecimientos Autogestionados en Red deberán iniciar las gestiones para la integración de sus bodegas con CENABAST, de acuerdo a orientaciones emanadas desde la División de Presupuesto de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.				
<b>Exclusiones</b>	Sera informado vía referencia MINSAL				
<b>Fuente Numerador</b>	LOCAL	<b>Fuente Denominador</b>	LOCAL		
<b>Nivel de Aplicación</b>	Todo el establecimiento.				

**Tabla de sensibilidad**

Cumplimiento	Puntaje
<=0.75	4
<1	3
<1.2	2
<1.5	1

## Definición de Términos

- **Medicamentos Mermados:** son aquellos productos farmacéuticos que han sufrido una pérdida parcial o totalmente su valor terapéutico; cantidad o funcionalidad durante su almacenamiento, transporte, manipulación o dispensación. Esta merma puede deberse a factores como:
  - Caducidad o vencimiento.
  - Deterioro físico o químico (por exposición a luz, humedad, temperatura inadecuada).
  - Daños en el empaque que comprometan su integridad.
  - Pérdidas por errores de inventario o robo.
  - Devoluciones de parte de los servicios clínicos que hacen el producto no apto para su reutilización.
  - Sobre stock no utilizable dentro del período de validez.

Estos medicamentos, aunque alguna vez fueron aptos para su uso, ya no cumplen con los estándares de calidad, seguridad o eficacia requeridos para su administración a pacientes.

- **Medicamentos Valorizados:** corresponde al conjunto de medicamentos almacenados en un establecimiento de salud, cuyo valor económico ha sido calculado en función de su cantidad y precio unitario. Este stock representa el valor monetario total de las existencias disponibles en un momento determinado.

## Consideraciones Técnicas

Debido a que la medición de la gestión logística de medicamentos se basa en la pérdida de unidades sobre el inventario valorizado, se requiere el envío de un informe con el inventario valorizado de los medicamentos (productos farmacéuticos) al último día hábil del mes de monitoreo.

- **1er informe de monitoreo:** Debe contener la información considerando como corte el 30 de junio, y debe ser enviado a más tardar el 31 de julio.
- **2do informe de monitoreo:** Debe contener la información considerando como corte el 31 de octubre, y debe ser enviado a más tardar el 30 de noviembre.

Los reportes de monitoreo deberán efectuarse de acuerdo con el formato disponibilizado por la referencia técnica de farmacia MINSAL. Deberá reflejar el stock de los productos disponibles en todos los lugares donde éstos se almacenen, ya sea, bodega central (abastecimiento) o bodega de farmacia, y/o en otros puntos dentro del Establecimiento.

El reporte debe ser firmado por el director del Establecimiento en el caso de Establecimientos Autogestionados en Red y del Servicio de Salud respectivo para COMGES.

La referencia técnica de Farmacia de MINSAL enviará un listado de productos que no deberán ser considerados en la merma, debido a que los establecimientos de salud están obligados a tenerlos, pese a tener una nula rotación.

La División de Presupuesto enviará las directrices para el inicio de las gestiones de integración de bodegas con CENABAST y metodología de evaluación del cumplimiento de este requisito a más tardar el 30 de junio de 2025.

## 1.19 Establecimientos de Atención Primaria que cumplen con el 90% del IAAPS.

### Descripción del Indicador

Indicador que busca homologar la gestión que cada establecimiento de atención primaria realiza, independiente de su dependencia administrativa (municipal, dependiente o en convenio DFL 36 con los Servicios de Salud), para proveer a su respectiva población a cargo, las prestaciones del plan de salud familiar II, en función del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario y las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS).

Establecimientos de Atención Primaria que cumplen con el 90% del IAAPS.					
DIVAP   Departamento de Información para la Gestión					
<b>Objetivo del Indicador</b>	Evaluar el desempeño global de los establecimientos de atención primaria, independiente de su dependencia, desde el enfoque del modelo de atención Integral de salud familiar y comunitario y las redes integradas de Servicios de Salud				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	$\frac{((\text{Comunas con APS municipal}^* \text{ con } \geq 90\% \text{ de cumplimiento global IAAPS} + \text{Establecimientos APS dependientes de SS con } \geq 90\% \text{ de cumplimiento global IAAPS} + \text{Establecimientos APS en convenio DFL36 con los SS con } \geq 90\% \text{ de cumplimiento global IAAPS})}{(\text{Total de comunas con APS Municipal}^* + \text{Establecimientos APS dependientes de SS} + \text{Establecimientos APS en convenio DFL36 con los SS})}$				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	No	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Semestral
<b>Número de Decimales</b>	1 Decimal aproximado				
<b>Meta</b>	100% cumplan con el 90% del IAAPS.			<b>Polaridad</b>	Los Valores altos son Buenos
<b>Requisito</b>	Informe de cumplimiento preliminar.				
<b>Exclusiones</b>	Se excluyen solo los Hospitales Comunitarios. Indicador IAAPS de vacunación anti-influenza y de cumplimiento GES no se considera en este COMGES.				
<b>Fuente Numerador</b>	LOCAL	<b>Fuente Denominador</b>	LOCAL		
<b>Nivel de Aplicación</b>	Comunas de todo el país que cuentan con Establecimientos de atención primaria municipales con financiamiento per cápita y costo fijo más los establecimientos de APS dependientes de los Servicios de Salud y los establecimientos de APS en convenio DFL 36.				

Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
>=100%	4 puntos
>=90%	3 puntos
>=80%	2 puntos
>=60%	1 punto

### Definición de Términos

- **IAAPS:** Índice de Actividades de Atención Primaria de Salud.
- **APS municipal\*:** hace referencia a que reciba financiamiento per cápita y/o costo fijo.

### Consideraciones Técnicas

El indicador establece como meta que el 100% de las comunas percapitadas y costo fijo, además de los establecimientos de APS dependientes y en convenio con cada Servicio de Salud, alcancen al menos un 90% de cumplimiento global del Índice de actividad de atención primaria (IAAPS). Para aquello, se respetarán los IAAPS ya fijados para las comunas percapitadas para el 2025, debiendo, además, cada Servicio de Salud, fijar las metas de cada indicador del set de IAAPS para las comunas costo fijo, establecimientos dependientes y en convenio DFL36, con excepción del indicador de vacunación anti-influenza y el indicador GES, que no serán incluidos en este COMGES. Dichas metas deben ser informadas vía correo electrónico, para su Visación por parte de la División de Atención Primaria, a más tardar el día 20 de junio de 2025, quien devolverá la Visación, antes del 30 de junio de 2025, con el fin de que los Servicios de Salud puedan elaborar la respectiva Resolución de fijación. Para los efectos de fijación y evaluación se utilizarán los mismos instrumentos y criterios que en el proceso de fijación de IAAPS para comunas percapitadas, para lo cual se deben tener presentes, tanto la Orientación técnica del IAAPS 2025 (con criterios de evaluación del 4to. corte), como las planillas de fijación y evaluación.

### Requisito:

Cada Servicio de salud debe enviar, a la División de Atención Primaria, un monitoreo de cumplimiento con corte a julio (fecha envío: 9 septiembre) y a septiembre (fecha envío: 6 noviembre), para luego realizar la evaluación final, con corte al 31 de diciembre de 2025, la que debe ser enviada el día 9 de febrero de 2026.

## **Compromiso de Gestión 2: Reducir las complicaciones de salud mediante estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento.**

### **Objetivo estratégico**

*“Mejorar la calidad de vida de las personas y sus entornos reduciendo la carga de enfermedad en la población a través de acciones de prevención, detección temprana, tratamiento oportuno y atención continua”.*

### **Contexto**

El fortalecimiento de la calidad de vida de la población y la reducción de la carga de enfermedad requieren estrategias integrales que aborden la prevención, detección temprana, tratamiento oportuno y atención continua. Este enfoque está alineado con políticas públicas y los Objetivos Sanitarios 2030. A través de la implementación de protocolos, la capacitación del personal y el monitoreo de indicadores clave, se busca garantizar una atención equitativa y efectiva, que aborde tempranamente problemas de salud prevenibles y contribuya a la mejora de la calidad de vida de las personas y sus familias.

### **Salud materna e Infantoadolescente.**

La salud materno-fetal, infantil y adolescente es un tema de gran importancia en Chile, ya que refleja el desarrollo sanitario, social y económico del país. Chile ha logrado avances significativos en la reducción de la mortalidad materna e infantil gracias a políticas públicas de largo plazo y mejoras en el acceso a la atención médica. Sin embargo, aún hay desafíos como como la mortalidad fetal, la atención de poblaciones vulnerables y en la prevención de enfermedades crónicas en mujeres embarazadas. La implementación de estrategias enfocadas en la etapa preconcepcional y el fortalecimiento de la seguridad en el embarazo y parto son clave para seguir avanzando en este ámbito.

El control prenatal está orientadas a la detección temprana de condiciones que puedan afectar la salud materno-fetal, la realización de ecografías en gestantes en los periodos clave permiten identificar riesgos y complicaciones de manera temprana, evitando hospitalizaciones innecesarias y reduciendo la demanda en servicios especializados. el seguimiento de las gestantes en control con ecografía realizada entre las semanas 11-13+6 y 22-24 de gestación, contribuyen a la reducción de la mortalidad perinatal, la prevención de complicaciones como la preeclampsia y el parto prematuro, mediante intervenciones tempranas, favoreciendo a la equidad en la atención, estableciendo estándares que buscan una atención prenatal de calidad para todas las gestantes, independientemente de su lugar de residencia o condición socioeconómica.

El monitoreo de cesáreas permite identificar oportunidades de mejora en la gestión obstétrica, reduciendo complicaciones y agilizando la atención en maternidad 27, en Chile la Tasa global de cesárea se encuentra sobre lo indicado por la OCDE, por lo que se espera que al año 20230 se alcancen tasas internacionales.

La lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida es una estrategia clave para la salud infantil, ya que fortalece el sistema inmunológico y reduce el riesgo de enfermedades como infecciones respiratorias y gastrointestinales, que podrían requerir atención especializada. Además, favorece el desarrollo neurológico y metabólico, disminuyendo la probabilidad de obesidad y otras afecciones en la vida adulta. Para fomentar su práctica, se implementan políticas de educación y apoyo a las madres, garantizando condiciones adecuadas tanto en el ámbito hospitalario como en el hogar, con el objetivo de aumentar la tasa de lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida.

La supervisión de salud infantil con enfoque de riesgo permite la detección temprana de condiciones que pueden afectar el desarrollo y contribuir al desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles en la adultez, el ampliar la cobertura de niños y niñas de 0 a 9 años en control con enfoque de riesgo y pauta CERO aplicada, busca contar con una población infantil con una mejor salud oral.

### **Prevención y manejo de enfermedades crónicas: Optimización de la Atención Primaria para reducir la carga de enfermedad y mejorar la calidad de vida.**

La prevención y manejo de enfermedades crónicas son fundamentales para reducir la carga de enfermedad y mejorar la calidad de vida de la población. Entre las principales estrategias destacan aquellas dirigidas a enfermedades renales, VIH/SIDA y el cuidado de personas con dependencia severa.

#### **Enfermedad Renal Crónica Terminal (ERCT)**

El aumento de la prevalencia de la Enfermedad Renal Crónica Terminal (ERCT) ha generado un impacto significativo en el sistema de salud, demandando tratamientos eficaces. La peritoneo-díalisis se presenta como una opción que mejora la calidad de vida de los pacientes al permitir mayor autonomía en su tratamiento y reducir la carga hospitalaria. Por su parte, la implementación de fístulas arteriovenosas (FAV) optimiza la hemodiálisis, disminuyendo tiempos de espera y asegurando un acceso oportuno a la terapia.

#### **VIH/SIDA y su manejo**

VIH/SIDA y su manejo El VIH sigue siendo un desafío epidemiológico relevante debido a su transmisión por vías sexual, sanguínea o vertical. Sin embargo, el acceso oportuno a la terapia antirretroviral ha mejorado la supervivencia y calidad de vida de quienes viven con VIH, transformándolo en una condición crónica manejable cuando se logra una carga viral indetectable. Para reforzar su control, se impulsa la detección temprana mediante test visual/rápido VIH realizados por establecimientos, alineados con el Programa Nacional de VIH/SIDA y promovidos desde la atención primaria. Estas estrategias de tratamiento y prevención no solo impactan individualmente a las personas, sino que también contribuyen a la sostenibilidad del sistema de salud, reduciendo costos asociados a hospitalizaciones y complicaciones graves.

## **Atención a adultos mayores y personas con dependencia severa**

La Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas ECICEP fortalece la atención integral de los adultos mayores, evitando hospitalizaciones prolongadas y facilitando la atención domiciliaria. El aumento de ingresos a esta estrategia es clave para mejorar su calidad de vida.

Por otro lado, el Programa de dependencia severa garantiza una atención integral (física, emocional y social) en el domicilio, dotando a cuidadores y familias de herramientas para el cuidado adecuado. La elaboración e implementación de planes de cuidados optimiza la gestión de recursos y evita hospitalizaciones innecesarias. Además, el apoyo a cuidadores es esencial para asegurar la continuidad del cuidado y prevenir su agotamiento físico y emocional, mediante la capacitación y acompañamiento especializado.

### **Impacto en el sistema de salud**

Todas estas estrategias no solo benefician a los pacientes individualmente, sino que también contribuyen a la sostenibilidad del sistema de salud, reduciendo costos asociados a hospitalizaciones y complicaciones graves, además de fortalecer la equidad en el acceso a una atención de calidad.

### **Fortalecimiento a la donación de órganos y trasplante**

En Chile, la donación y el trasplante de órganos representa un desafío sanitario y estructural permanente, condicionado principalmente por variables clínicas y socio culturales. A pesar de los avances médicos y legislativos, como la Ley 19.451 y sus modificaciones posteriores, la tasa de donantes efectivos en muerte encefálica, se ha mantenido por debajo de los estándares definidos en la OCDE. Esta brecha ha contribuido a un aumento sostenido en la demanda de órganos, generando un incremento progresivo de las listas de espera de pacientes que requieren trasplantes.

Para abordar esta problemática, se han implementado diversas estrategias destinadas a fortalecer el sistema nacional de donación y trasplantes. Entre ellas, se destaca el fortalecimiento normativo a través de protocolos hospitalarios para la identificación y gestión de potenciales donantes en la red asistencial; la formación y entrenamiento continuo de los Coordinadores Locales de Procuramiento (CLP), equipos clínicos y referentes de los Servicios de Salud; así como también la difusión de campañas de concientización y educación orientadas a fomentar la cultura de la donación de órganos. Estas últimas, buscan superar las barreras que están asociadas al desconocimiento, a los mitos socio – culturales y a la desconfianza institucional, factores que históricamente han limitado la generación de donantes efectivos.

Es claro que todas aquellas acciones orientadas a promover una transformación hacia una cultura de la donación, permitirán obtener mejores resultados, favoreciendo un acceso equitativo, oportuno, seguro y de calidad a los trasplantes; sin embargo, el inicio de este cambio debe surgir desde una comunidad sanitaria educada, ética y comprometida, capaz de acoger a las familias y a la sociedad en general en este proceso cultural que el país requiere,

contribuyendo así a la sostenibilidad del sistema de salud, al bienestar y mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes.

Finalmente, la medición de la tasa de donantes efectivos no solo es una herramienta clave para evaluar la eficiencia del sistema sanitario en la generación de donantes efectivos; sino que, además, permite medir el impacto de las políticas públicas, la capacidad institucional y los factores que influyen en la donación de órganos.

#### Indicadores:

- 2.1 Gestantes en control con ecografía realizada 11-13+6 semanas de gestación.
- 2.2 Gestantes en control con ecografía realizada 22 – 24 semanas de gestación
- 2.3 Tasa global de cesárea.
- 2.4 Reducción de casos en Lista de espera de Intervenciones Quirúrgicas de Incontinencia Urinaria Femenina.
- 2.5 Lactancia Materna Exclusiva en niños y niñas al sexto mes de vida
- 2.6 Cobertura de niños y niñas de 0 a 9 años en control con enfoque de riesgo y pauta CERO aplicada
- 2.7 Personas mayores de 15 años ingresados a hemodiálisis con fístula arterio venosa (FAV) realizada.
- 2.8 Personas mayores de 15 años portadores de Enfermedad renal crónica terminal (ERCT) en Peritoneo diálisis (PD) como terapia de reemplazo renal.
- 2.9 Tasa de donantes efectivos en muerte encefálica por millón de población (PMP) generados por Servicio de Salud.
- 2.10 Cumplimiento de la meta de potenciales donantes.
- 2.11 Ingresos a la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas de personas de 65 años o más.
- 2.12 Ingresos de personas al programa de dependencia severa con plan de cuidados.
- 2.13 Cuidadores de personas del programa de dependencia severa con evaluación de sobrecarga vigente
- 2.14 Cumplimiento de test visual/rápido en los establecimientos de atención primaria del Servicio de Salud.
- 2.15 Personas viviendo con VIH de la población bajo control que se encuentra en terapia antirretroviral.
- 2.16 Personas viviendo con VIH que se encuentran en terapia antirretroviral y con carga viral indetectable en el periodo

## 2.1 Gestantes en control con ecografía realizada 11-13+6 semanas de gestación.

### Descripción del Indicador

Este indicador mide el porcentaje de gestantes bajo control que tienen ecografía de screening de 11-13+6 semanas realizada, en establecimientos de APS municipales y dependientes de Servicio de Salud. Se espera que los servicios de salud avancen en obtener mejores coberturas considerando que la Ecografía Obstétrica en atención primaria (APS) tiene por finalidad reducir la morbimortalidad asociada a problemas de salud fetal y materna neonatal prevalentes en la población, al constituirse en tamizaje esencial para gestantes que se controlan en los establecimientos de APS.

Gestantes en control con ecografía realizada 11-13+6 semanas de gestación.					
DIVAP   Departamento de Cuidados Integrales en Salud					
<b>Objetivo del Indicador</b>	Evaluar la cobertura de la ecografía de screening realizada exclusivamente entre las semanas 11 y 13+6 días de gestación en mujeres bajo control en establecimientos de Atención Primaria de Salud, con el objetivo de fortalecer el acceso a este tamizaje ese				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	Número de gestantes en control con ecografía 11-13+6 semanas, realizada/ Número de gestantes bajo control				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	No	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Trimestral
<b>Número de Decimales</b>	1 Decimal aproximado				
<b>Meta</b>	70% de gestantes en control con ecografía 11-13+6 semanas, con ecografía de control realizada.			<b>Polaridad</b>	Los Valores altos son Buenos
<b>Requisito</b>	No Tiene Requisito Definido.				
<b>Exclusiones</b>	Este indicador no tiene exclusiones.				
<b>Fuente Numerador</b>	REM		<b>Fuente Denominador</b>	REM	
<b>Nivel de Aplicación</b>	Establecimientos de Atención Primaria, incluye municipales, APS dependiente y Hospitales Comunitarios con prestaciones de APS.				

### Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
>=70%	4 puntos
>=60%	3 puntos
>=50%	2 puntos
>=40%	1 punto

## Definición de Términos

- **11-13+6 semanas:** Corresponde al período de gestación que se considera para el monitoreo, el cual abarca desde el inicio de la semana 11 hasta el final de la semana 13, es decir, hasta las 13 semanas y 6 días de embarazo.
- **Ecografía obstétrica 11-13+6 semanas:** Los objetivos iniciales de la ecografía del primer trimestre son confirmar la viabilidad fetal, determinar el número de fetos y la edad gestacional, que permita un manejo adecuado del embarazo. Incluye la translucencia nucal (TN) para la detección de posible síndrome de Down, la pesquisa de Aneuploidía cromosómica (trastornos genéticos) y la medición de la longitud céfalo-nalgas (LCN) que permite cuantificar la longitud del feto durante las primeras semanas de gestación para calcular la fecha probable de parte en base a la edad gestacional.
- **Gestantes bajo control:** Corresponde a las gestantes que se encuentran en control a la fecha de corte en establecimientos de atención primaria, con controles prenatales por matrona o matrón, que corresponde a la atención periódica y preventiva, con enfoque biopsicosocial que se otorga a la gestante.

## Consideraciones Técnicas

La meta establecida como gold estándar es alcanzar un 90%, sin embargo, se ha asignado un 70%. Esta asignación responde a la consideración del porcentaje de mujeres gestantes que ingresan con una edad gestacional superior a las 14 semanas, así como a los ingresos del mes previo al corte, quienes, debido a la temporalidad de este, aún no contarían con la realización de una ecografía. Por lo tanto, alcanzar un 70% de cumplimiento, tomando en cuenta los elementos mencionados, representa un acercamiento significativo al 90%, que constituye el gold estándar.

El porcentaje de gestantes en control con ecografía realizada 11-13+6 semanas de gestación incluye registrar el número total de gestantes bajo control en el establecimiento de APS, que durante el semestre se han realizado ecografía obstétrica del primer trimestre independiente de si ésta fue realizada en la red pública, compra de servicios o en el extrasistema.

## 2.2 Gestantes en control con ecografía realizada 22 – 24 semanas de gestación.

### Descripción del Indicador

Este indicador mide el incremento en el porcentaje de gestantes bajo control con ecografía de screening de 22-24 semanas, en establecimientos de APS municipales y dependientes de Servicio de Salud. Se espera que los servicios de salud avancen en obtener mejores coberturas considerando que la ecografía obstétrica en atención primaria (APS) tiene por finalidad reducir la morbimortalidad asociada a problemas de salud fetal y materna neonatal prevalentes en la población, al constituirse en tamizaje esencial para gestantes que se controlan en los establecimientos de APS.

Gestantes en control con ecografía realizada 22 – 24 semanas de gestación.					
DIVAP   Departamento de Cuidados Integrales en Salud					
<b>Objetivo del Indicador</b>	Incrementar la cobertura de gestante con ecografía obstétrica de screening 22-24 semanas de gestación en APS para reducir la morbimortalidad asociada a problemas de salud fetal y materna neonatal prevalentes en la población.				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	((Porcentaje de Ecografías realizadas a gestantes 22 a 24 semanas de gestación 2025- Porcentaje de Ecografías realizadas a gestantes 22 a 24 semanas de gestación 2024) / Porcentaje de Ecografías realizadas a gestantes 22 a 24 semanas de gestación 2024)				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	Sí	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Trimestral
<b>Número de Decimales</b>	1 Decimal aproximado				
<b>Meta</b>	Incremento $\geq 15\%$ variación porcentual			<b>Polaridad</b>	Los Valores altos son Buenos
<b>Requisito</b>	No Tiene Requisito Definido.				
<b>Exclusiones</b>	No tiene Este indicador no tiene exclusiones.				
<b>Fuente Numerador</b>	REM	<b>Fuente Denominador</b>	REM		
<b>Nivel de Aplicación</b>	Establecimientos APS municipal				

### Tabla de sensibilidad

2.2 Gestantes en control con ecografía realizada 22 – 24 semanas de gestación.			
Con Porcentaje de Ecografías menor a 50,0%		Con Porcentaje de Ecografías Mayor e igual a 50,0%	
Cumplimiento	Puntaje	Cumplimiento	Puntaje
$\geq 15\%$	4 puntos	$\geq 0\%$	4 puntos
$\geq 10\%$	3 puntos	$< 0\%$	2 puntos
$\geq 5\%$	2 puntos		
$\geq 0\%$	1 punto		

## Definición de Términos

- **22-24 semanas:** Corresponde al período de gestación que se considera para el monitoreo, el cual abarca desde el inicio de la semana 22 hasta el final de la semana 24.
- **Gestantes ingresadas:** Corresponde a las gestantes que ingresan a control prenatal, sin importar las semanas gestacionales.
- **Ecografía de segundo trimestre de 22-24 semanas:** Examen ultrasonográfico realizado a gestante en el segundo trimestre cuyo objetivo es realizar un screening preventivo con el fin de pesquisar oportunamente factores de riesgo o condiciones que se asocian con malos resultados perinatales, permitiendo la intervención oportuna en algunas de estas situaciones. Si bien se debe promover que sea entre 22 y 24 semanas, la Orientación Técnica para la realización de ecografía obstétrica en atención primaria (en elaboración) contempla una edad gestacional de 18 a 24 semanas.

## Consideraciones Técnicas

La meta gold estándar de cobertura establecida en la Orientación Técnica de Ecografía Obstétrica (en elaboración) es del 75%, considerando la pérdida gestacional. En 2023, los establecimientos de APS contribuyeron con el 12,73% de las ecografías, mientras que en 2024 este porcentaje aumentó al 16,35% en relación a las gestantes ingresadas. Este porcentaje varía significativamente entre los servicios de salud, y para 2025 se pretende incrementar en un 15% la cobertura, considerando que algunos hospitales se encargan de la ecografía de screening entre las 22 y 24 semanas, y que este examen ultrasonográfico debe desarrollarse más en la atención primaria.

En resumen, se espera que los servicios de salud presenten un incremento del 15% o más en la variación porcentual respecto al año anterior.

- Si el servicio de salud tiene un porcentaje de ecografías entre las 22 y 24 semanas de gestación en 2024 igual o superior al 50%, se espera que mantenga este porcentaje durante 2025 para lograr un cumplimiento del 100%.
- Si disminuye su cobertura, se considerará un cumplimiento del 50%.

## Porcentaje de Ecografías realizadas a gestantes 22 a 24 semanas de gestación:

$(\text{N}^\circ \text{ de ecografías realizadas a gestantes de 22 - 24 semanas de gestación, año 2025 en establecimientos APS municipal} / \text{N}^\circ \text{ de gestantes ingresadas año 2025 en establecimientos APS municipal}) * 100$

- Para servicios de salud con porcentaje de ecografías realizadas a gestantes 22 a 24 semanas de gestación durante el año 2024, menores a 50,0%, deben incrementar 15% el porcentaje durante el año 2025 en relación con el año anterior (2024).

- Para Servicios de Salud con porcentaje de ecografías realizadas a gestantes 22 a 24 semanas de gestación durante el año 2024, igual o mayores a 50,0% deben mantener su porcentaje y cumplirán el 100,0% en la evaluación COMGES.

Las metas serán compartidas como anexo.

## 2.3 Tasa global de cesárea.

### Descripción del Indicador

Chile durante sus últimos años, promedia un porcentaje histórico de cesáreas superior al 40%, indicador que lo posiciona entre los países con más altas tasas de cesáreas de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE). La meta nacional es lograr una tasa global de cesárea no superior al 30% de los partos totales al 2030. El indicador mide la variación del porcentaje de cesáreas en relación al año anterior, y busca contribuir a la disminución de esta.

Tasa global de cesárea.					
DIGERA   Departamento de Gestión Hospitalaria y Red de Urgencia					
<b>Objetivo del Indicador</b>	El objetivo del indicador es evaluar la variación del porcentaje de cesáreas entre los años 2024 y 2025, permitiendo analizar tendencias en la práctica obstétrica y su impacto en la gestión de salud materna. Su finalidad es promover una experiencia positiva				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	$\frac{((\text{Porcentaje de cesáreas 2025} - \text{porcentaje de cesáreas 2024}) / \text{porcentaje de cesáreas 2024})}{1}$				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	Sí	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Mensual
<b>Número de Decimales</b>	2 Decimal Truncado				
<b>Meta</b>	100% de la meta establecida para cada SS SS con LB 50% (Meta reducir 6pp) SS con LB 40% (Meta reducir 4pp) SS con LB 30% (Meta reducir 3pp)			<b>Polaridad</b>	Los Valores bajos son Buenos
<b>Requisito</b>	No Tiene Requisito Definido.				
<b>Exclusiones</b>	Hospitales que no tienen cartera de parto declarada. No se considerarán los establecimientos DFL 36.				
<b>Fuente Numerador</b>	REM	<b>Fuente Denominador</b>	REM		
<b>Nivel de Aplicación</b>	Se considerará la información del total de partos de los establecimientos de la red, que cuentan en su cartera de prestaciones la atención de partos independiente de la vía de resolución (los cuales corresponden a 81 establecimientos de la red)				

### Tabla de sensibilidad

2.3 Tasa global de cesárea por servicio de salud en relación a línea base.					
LB >=50%		LB >=40%		LB >=30%	
Cumplimiento	Puntaje	Cumplimiento	Puntaje	Cumplimiento	Puntaje
>=6pp	4 puntos	>=4pp	4 puntos	>=3pp	4 puntos
>=4pp	3 puntos	>=2pp	3 puntos	>=1pp	3 puntos
>=3pp	1 punto	>=1pp	1 punto	>=0pp	1 punto

## Definición de Términos

- **Porcentaje Global de cesáreas:** contempla la proporción total de cesáreas (electivas más de urgencia) respecto del total de partos, de los establecimientos de la red pública que poseen en su cartera de prestaciones la atención de partos (81 establecimientos hospitalarios), No se considerarán los establecimientos DFL 36 para efectos de este COMGES.
- **Total de partos:** incorpora todos los partos/nacimientos informados en el registro de egresos estadísticos incluyendo partos vaginales fisiológicos, instrumentales, cesáreas de urgencia y electivas de los establecimientos de la red pública que poseen en su cartera de prestaciones la atención de partos (81 establecimientos hospitalarios), No se considerarán los establecimientos DFL 36 para efectos de este COMGES.

## Consideraciones Técnicas

Se consideran 81 establecimientos con cartera de partos declarada.

### Metas:

- Reducción para SS con LB  $\geq 50\%$  (Meta reducir 6pp)
- Reducción para SS con LB  $\geq 40\%$  (Meta reducir 4pp)
- Reducción para SS con LB  $\geq 30\%$  (Meta reducir 3pp)

## 2.4 Reducción de casos en Lista de espera de intervenciones quirúrgicas de incontinencia urinaria femenina.

### Descripción del Indicador

Este indicador mide el porcentaje de casos atendidos el Lista de espera quirúrgica por incontinencia urinaria femenina, su seguimiento y gestión. Contribuye al mejoramiento de la calidad de vida de las mujeres en etapas no reproductivas mediante intervenciones quirúrgicas oportunas para resolver problemas de salud relacionados con el piso pélvico. Y busca asegurar acceso oportuno, monitoreando y reduciendo las listas de espera.

Reducción de casos en Lista de espera de intervenciones quirúrgicas de incontinencia urinaria femenina.					
DIGERA   Departamento de Análisis e Información para la Gestión					
<b>Objetivo del Indicador</b>	Reducir la lista de espera para intervenciones quirúrgicas de incontinencia urinaria femenina, asegurando un acceso oportuno a esta prestación, mediante el cumplimiento de metas específicas asignadas a cada objetivo de gestión.				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	Número de casos disminuidos de Lista de espera quirúrgica por incontinencia urinaria femenina del universo definido / Número total de casos de Lista de espera quirúrgica por incontinencia urinaria femenina del universo definido				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	Sí	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Mensual
<b>Número de Decimales</b>	1 Decimal aproximado				
<b>Meta</b>	Reducir el 90% del universo de gestión			<b>Polaridad</b>	Los Valores altos son Buenos
<b>Requisito</b>	No Tiene Requisito Definido.				
<b>Exclusiones</b>	Este indicador no tiene exclusiones.				
<b>Fuente Numerador</b>	SIGTE		<b>Fuente Denominador</b>	SIGTE	
<b>Nivel de Aplicación</b>	Servicio de Salud y red de establecimientos.				

Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
>=90%	4 puntos
>=80%	3 puntos
>=75%	2 puntos
>=70%	1 punto

## Definición de Términos

- **Egreso:** Acto administrativo que, según el tipo de gestión, se carga en plataforma SIGTE utilizando una de las 20 causales de Salida existentes a la fecha.
- **Universo definido:** Corresponde al Número total de registros en espera en plataforma SIGTE con fecha 30 de junio de 2024.
- **Incontinencia urinaria femenina:** pérdida involuntaria de orina sin control de llenado y vaciado de la vejiga urinaria, acompañado, en ocasiones, de un fuerte deseo de orinar.
- **Lista de Espera Quirúrgica de incontinencia urinaria femenina:** Corresponde a las Ordenes de atención Cargados en SIGTE relacionados con códigos MAI FONASA específicos.

## Consideraciones Técnicas

Para los fines de seguimiento y evaluación, se consideran en la evaluación las Ordenes de Atención que incluyen los códigos FONASA-MAI (20-03-022, 20-03-023, 20-03-024) registrados en SIGTE.

## 2.5 Lactancia Materna Exclusiva en niños y niñas al sexto mes de vida.

### Descripción del Indicador

Este indicador mide el porcentaje de niños y niñas que reciben lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida, conforme al estándar mínimo recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Su objetivo es evaluar el cumplimiento de esta práctica para la promoción de la nutrición óptima y el desarrollo adecuado.

Lactancia Materna Exclusiva en niños y niñas al sexto mes de vida.					
DIVAP   Departamento de Cuidados Integrales en Salud					
<b>Objetivo del Indicador</b>	Reducir las complicaciones de salud mediante estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento a través de la promoción y aumento de factores protectores capaces de retrasar la aparición de ECNT				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	Número de niños y niñas con control de salud al sexto mes que mantuvieron Lactancia Materna exclusiva/ Número de niños y niñas con control de salud al sexto mes				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	No	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Trimestral
<b>Número de Decimales</b>	2 Decimal Aproximado				
<b>Meta</b>	60% de niños/as que mantuvieron lactancia Materna exclusiva al control de salud al sexto mes.			<b>Polaridad</b>	Los Valores altos son Buenos
<b>Requisito</b>	Clínicas de lactancia o similar en los distintos niveles				
<b>Exclusiones</b>	Este indicador no tiene exclusiones.				
<b>Fuente Numerador</b>	REM		<b>Fuente Denominador</b>	REM	
<b>Nivel de Aplicación</b>	Establecimiento de APS, municipales y dependientes, y Hospitales de baja complejidad que tengan APS.				

### Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
>=60%	4 puntos
>=56%	3 puntos
>=45%	2 puntos

## Definición de Términos

- **LME:** Lactancia Materna Exclusiva que corresponde a la entrega exclusiva de leche materna como fuente de alimentación sin ingesta de agua o jugos con excepción de medicamentos.
- **Consulta de Lactancia Materna de Alerta:** Corresponde a la consulta espontánea requerida por la madre o su familia, indicada por profesionales de salud o referida por un funcionario del centro de salud, la cual requiere de resolución inmediata o mediata (dentro de un plazo máximo de 2 h\*), y de una atención integral, oportuna, específica y personalizada realizada por un profesional de salud (nutricionista, enfermera/o, matró/a o médico/a en el centro de salud.
- **Consulta de Lactancia Materna de Seguimiento:** corresponde a la actividad planificada con la madre y la familia, desarrollada después de primera consulta de LM, la cual tiene por objetivo continuar con el apoyo integral a la lactancia materna y acompañar a la madre y familia en la resolución de la problemática o situación que generó la primera consulta, pudiendo ser realizada por un profesional de salud nutricionista, enfermera/o, matró/a o médico/a.
- **Consulta de lactancia:** Prestación de salud destinada a madres con hijos o hijas en periodo de lactancia, realizada preferentemente en el nivel primario de atención, cuyo objetivo principal es acompañar, apoyar y entregar herramientas a las madres y familias para la instalación, mantención y/o recuperación de la lactancia materna, según corresponda.

## Consideraciones Técnicas

### Requisito:

- Cumplir con el correcto registro en REM de las consultas de lactancia debiendo realizarse en proporción de 1 consulta de lactancia de alerta y 2 consultas de lactancia de seguimiento (1:2).

### Para el requisito:

- Se espera que haya una proporción de 1:2 entre las consultas de lactancia de alerta y las de seguimiento (3 actividades en total), ya que otras intervenciones se deben catalogar como otras consultas de lactancia (REM A04 sección L), este registro constituye el índice de lactancia materna, el cual debe estar cerca de 2.
- Aquellos Servicios de Salud que estén bajo el índice deben aumentar su índice y aquellos que presentan índice mayor a 2 deben bajar su índice. Esto en relación al año 2024. Los resultados 2024 por Servicio de Salud serán enviados por el Departamento de Cuidados Integrales en Salud.

En la evaluación del indicador, se podrá hacer una justificación en relación a los lactantes con madres VIH positivas o bajo el tutelaje del estado.

## 2.6 Cobertura de niños y niñas de 0 a 9 años en control con enfoque de riesgo y pauta CERO aplicada.

### Descripción del Indicador

El indicador refleja la población infantil que está siendo controlada en el programa CERO, los controles pueden ir desde uno a tres al año, según el riesgo, sin embargo, la aplicación de pauta de riesgo odontológica es anual.

Cobertura de niños y niñas de 0 a 9 años en control con enfoque de riesgo y pauta CERO aplicada.					
DIVAP   Departamento de Cuidados Integrales en Salud					
<b>Objetivo del Indicador</b>	Evaluar la aplicación de Pauta de Riesgo Odontológico que representa el instrumento trazador de la ejecución del Programa CERO (Control con Enfoque de Riesgo Odontológico), cuyo objetivo es contribuir a mejorar la salud y calidad de vida a través de aumentar la población libre de caries y gingivitis en población infantil en control.				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	Cumplimiento obtenido por cada Servicio de Salud / Meta establecida para cada Servicio de Salud				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	No	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Trimestral
<b>Número de Decimales</b>	Entero sin decimales				
<b>Meta</b>	% de cumplimiento de la meta establecida.			<b>Polaridad</b>	Los Valores altos son Buenos
<b>Requisito</b>	No Tiene Requisito Definido.				
<b>Exclusiones</b>	Este indicador no tiene exclusiones.				
<b>Fuente Numerador</b>	REM	<b>Fuente Denominador</b>	LOCAL		
<b>Nivel de Aplicación</b>	Establecimientos de APS y Hospitales Comunitarios con APS.				

### Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
>=100%	4 puntos
>=75%	3 puntos
>=50%	2 puntos

## Definición de Términos

**PIV:** Población Inscrita Validada.

**Pauta de Riesgo Odontológico:** instrumento que se aplica una vez al año a cada niño y niña que se encuentra bajo control en el programa CERO. De acuerdo a los resultados de esta Pauta de Riesgo Odontológico se clasifica como Alto o Bajo riesgo y se aplican medidas de promoción, prevención y tratamiento específicas.

## Consideraciones Técnicas

Se mide toda la producción de Pautas de Riesgo Odontológico en infancia en todos los establecimientos de salud, tanto de administración municipal como dependiente de Servicios de Salud. Los Servicios de Salud tienen metas diferenciadas. Para 2026 el denominador será la Población Bajo Control de 0 a 9 años con el objetivo de estimular su registro.

El trazador es la aplicación de pauta de riesgo odontológico que se debe aplicar una vez al año, se obtiene desde el REM A03, sección D.7.

Evalúa a todo el Servicio de Salud agrupado.

### Fórmula para conocer la Cobertura:

(Número de niños y niñas de 0 a 9 años en control con enfoque de riesgo odontológico y pauta CERO aplicada / Número total de niños y niñas de 0 a 9 años inscritos validados) \* 100

## 2.7 Personas mayores de 15 años ingresados a hemodiálisis con fístula arterio venosa realizada.

### Descripción del Indicador

Este indicador mide el porcentaje de personas adultas en hemodiálisis crónica, que cuentan con fístula arteriovenosa (nativa o protésica) como acceso vascular para su terapia dialítica, en relación al total de pacientes en hemodiálisis crónica.

Personas mayores de 15 años ingresados a hemodiálisis con fístula arterio venosa (FAV) realizada.					
DIGERA   Departamento de Gestión Ambulatoria y de Apoyo Diagnóstico					
<b>Objetivo del Indicador</b>	Aumentar la prevalencia de FAV como acceso vascular en los pacientes que se dializan de manera .				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	( de pacientes mayores de 15 años en con FAV realizada/Total de pacientes mayores de 15 años en )				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	No	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Mensual
<b>Número de Decimales</b>	1 Decimal aproximado				
<b>Meta</b>	70% de los pacientes con FAV como acceso vascular			<b>Polaridad</b>	Los Valores altos son Buenos
<b>Requisito</b>	No Tiene Requisito Definido.				
<b>Exclusiones</b>	Pacientes menores de 15 años				
<b>Fuente Numerador</b>	SIGGES		<b>Fuente Denominador</b>	SIGGES	
<b>Nivel de Aplicación</b>	Aplica a todos los servicios de salud y establecimientos hospitalarios.				

### Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
>=70%	4 puntos
>=65%	3 puntos
>=60%	2 puntos
>=55%	1 punto

## Definición de Términos

- **Hemodiálisis:** Técnica de depuración extracorpórea de la sangre que suplente parcialmente las funciones renales de excretar agua y solutos, y de regular el equilibrio ácido -básico y electrolítico. No suplente las funciones endocrinas ni metabólicas renales. Consiste en interponer entre 2 compartimientos líquidos (sangre y líquido de diálisis) una membrana semipermeable. Para ello se emplea un filtro o dializador.
- **Accesos Vasculares para Hemodiálisis son:**
  1. **La fístula arteriovenosa nativa**, se crea mediante una cirugía ambulatoria la que consiste en una anastomosis entre una arteria y una vena generalmente del brazo del paciente. Para ser utilizada como acceso vascular para hemodiálisis requiere de un periodo de maduración entre 8 a 12 semanas, tiempo en que la vena se convierte en un conducto de mayor calibre. La funcionalidad de la FAV debe ser evaluada en el control post quirúrgico, en el primer trimestre de uso en hemodiálisis y al menos anualmente por médico especialista.
  2. **La fístula arterio venosa con prótesis o injerto con GORETEX** (también denominado «injerto AV»), que se crea mediante la interposición de un tubo de plástico entre una arteria y una vena del brazo o muslo. El tubo plástico se implanta en forma “U” debajo de la piel, para unir la arteria y vena entre sí como codo. La fístula con prótesis puede comenzar a usarse 4 semanas después de la intervención quirúrgica.
  3. **Catéter tunelizado para hemodiálisis, acceso vascular transitorio**, el cual se introduce de manera percutánea en la vena yugular o subclavia, y muy excepcionalmente en vena femoral. Este acceso vascular presenta mayor riesgo de infección y trombosis y es causa frecuente de hospitalizaciones y eventualmente mortalidad por IAAS.

## Consideraciones Técnicas

Indicador aplica a todos los Servicios de Salud

Se consideran todos los pacientes beneficiarios Fonasa en terapia dialítica tanto del sector público como en prestadores privados.

El registro en SIGGES debe realizarse según normativa vigente, siendo las garantías conferidas de tratamiento (HD) y en el caso de FAV las prestaciones realizadas facturadas por Fonasa (códigos 2501031;2501032;2501033) los medios verificadores para este indicador.

## 2.8 Personas mayores de 15 años portadores de renal crónica terminal (ERCT) en (PD) como terapia de reemplazo renal.

### Descripción del Indicador

El indicador mide el porcentaje de pacientes en terapia de sustitución renal a través de Peritoneodiálisis en relación con el total de pacientes dializados (hemodiálisis y Peritoneodiálisis). El propósito es otorgar un mayor acceso, a los pacientes con ERC Etapa V a esta terapia, la que tiene múltiples beneficios clínicos y de calidad de vida.

Personas mayores de 15 años portadores de renal crónica terminal (ERCT) en (PD) como terapia de reemplazo renal.					
DIGERA   Departamento de Gestión Ambulatoria y de Apoyo Diagnóstico					
<b>Objetivo del Indicador</b>	Aumentar los pacientes en tratamiento de peritoneodiálisis (PD) como terapia de sustitución renal cronica				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	(Número de pacientes mayores de 15 años en tratamiento de Peritoneodiálisis crónica/ Total de pacientes mayores de 15 años en tratamiento de hemodiálisis y Peritoneodiálisis crónica)				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	No	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Mensual
<b>Número de Decimales</b>	1 Decimal aproximado				
<b>Meta</b>	≥20% de los pacientes en tratamiento de peritoneodiálisis (PD)			<b>Polaridad</b>	Los Valores altos son Buenos
<b>Requisito</b>	No Tiene Requisito Definido.				
<b>Exclusiones</b>	No aplica a pacientes menores de 15 años.				
<b>Fuente Numerador</b>	SIGGES	<b>Fuente Denominador</b>	SIGGES		
<b>Nivel de Aplicación</b>	Establecimientos de alta y mediana complejidad				

### Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
≥20%	4 puntos
≥15%	3 puntos
≥10%	2 puntos
≥5%	1 punto

## Definición de Términos

- **Peritoneo diálisis (PD):** Técnica de depuración extrarrenal, que utiliza la membrana peritoneal del mismo paciente como filtro semipermeable el que permite el intercambio de líquidos, electrolitos y solutos entre la sangre (transporte por difusión y por ultrafiltración). La técnica puede ser continua o intermitente, y los intercambios pueden efectuarse de forma manual (diálisis peritoneal continua ambulatoria) o automatizada (diálisis peritoneal cíclica continua). Para acceder a la membrana peritoneal se debe instalar un catéter blando (Tenckhoff o variantes de este), multiperforado, a través del cual se introduce el líquido de diálisis que, tras una permanencia variable, se extrae. El catéter PD se puede instalar por vía abdominal, laparoscópica o percutánea.

## Consideraciones Técnicas

Indicador aplica a todos los Servicios de Salud independiente si tienen o no la cartera de prestación de Peritoneodiálisis.

Se consideran todos los pacientes beneficiarios Fonasa en terapia dialítica tanto del sector público como en prestadores privados.

El registro en SIGGES debe realizarse según normativa vigente, siendo las garantías conferidas de tratamiento (HD-PD) el medio verificador para este indicador.

## 2.9 Tasa de donantes efectivos en muerte encefálica por millón de población (PMP) generados por Servicio de Salud.

### Descripción del Indicador

Este indicador mide la tasa de donantes efectivos a nivel nacional y por Servicio de Salud. Evalúa la cantidad de donantes efectivos en muerte encefálica, calculados por millón de habitantes y distribuidos según el desempeño de los Servicios de Salud. Se utiliza para medir la capacidad de los Servicios de Salud en la generación de donantes, proporcionando información clave para mejorar la disponibilidad de órganos y tejidos para trasplantes.

Tasa de donantes efectivos en muerte encefálica por millón de población (PMP) generados por Servicio de Salud					
DIGERA   Unidad de Coordinación Nacional de Donación, Procuramiento y Trasplante de Órganos y Tejidos.					
<b>Objetivo del Indicador</b>	Incrementar la disponibilidad de órganos sólidos para trasplantes en los establecimientos hospitalarios de la red asistencial, fortaleciendo el proceso de donación y procuramiento de órganos y tejidos.				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	$(\text{Número total de donantes efectivos en muerte encefálica generados por cada Servicio de Salud} / \text{Población censada según INE 2025 por Servicio de Salud}) \times 1.000.000$				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	Sí	<b>Unidad de Medida</b>	Tasa	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Trimestral
<b>Número de Decimales</b>	1 Decimal Trucado				
<b>Meta</b>	Tasa nacional y por Servicio de Salud de 13 donantes efectivos en muerte encefálica pmp			<b>Polaridad</b>	Los Valores altos son Buenos
<b>Requisito</b>	No Tiene Requisito Definido.				
<b>Exclusiones</b>	SS Arauco y Araucanía Norte no cumplen criterios COMGES 2025.				
<b>Fuente Numerador</b>	SIDOT	<b>Fuente Denominador</b>	INE		
<b>Nivel de Aplicación</b>	Establecimientos de mediana y alta complejidad				

### Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
$\geq 12$	4 puntos
$\geq 10$	3 puntos
$\geq 8$	2 puntos
$\geq 6$	1 punto

## Definición de Términos

- **Potencial donante:** Corresponde a todo posible donante que ha sido certificado en muerte encefálica o muerte por criterio neurológico.
- **Donante efectivo (DE):** Es todo aquel potencial donante que hace ingreso a pabellón.

## Consideraciones Técnicas

Los Servicios de Salud deben supervisar la existencia y/o facilitar la implementación de las siguientes medidas para el adecuado funcionamiento del proceso de donación y procuramiento de órganos y tejidos en la red:

- Diseñar y ejecutar un programa de capacitación anual en temas de donación, procuramiento y trasplante de órganos y tejidos, dirigido a profesionales médicos, enfermeras y kinesiólogos de UPC, UEH y SAMU, así como a funcionarios del área clínica en general.
- Asegurar la existencia de espacios físicos adecuados para la comunicación con familias.
- Desarrollar un plan de intervención para garantizar la disponibilidad de quirófanos 24/7 los 365 días del año en hospitales generadores de donantes de órganos y hospitales trasplantadores.
- Ejecutar un plan de difusión sobre donación y trasplante en la comunidad, en coordinación con el Departamento de Comunicaciones de los Servicios de Salud y centros asistenciales.

Se adjunta como anexo tabla con Líneas Base (LB) y metas de cumplimiento para el 2025 por Servicio de Salud.

Para los SS Concepción, Biobío y Araucanía Sur, aplicará solo la población censada de su red, según INE 2025.

SS Arauco y SS Araucanía Norte no cumple criterios para COMGES 2025.

Para efectos del cálculo de la tasa nacional se considera la población censada según INE 2025 de 18.480.432.

**Anexo: Tasa de donantes efectivos en muerte encefálica por millón de población (PMP) generados por Servicio de Salud.**

Servicio de Salud	Población censada según INE 2025	Número de donantes efectivos (Meta 2025)
Arica	244.569	3
Iquique	369.806	5
Antofagasta	635.416	8
Atacama	299.180	4
Coquimbo	832.864	11
*Valparaíso - San Antonio	510.450	7
Viña del Mar - Quillota	1.118.288	15
Aconcagua	271.400	4
Metropolitano Norte	1.038.772	14
Metropolitano Occidente	1.253.896	16
Metropolitano Central	1.208.581	16
* Metropolitano Oriente	1.335.563	17
* Metropolitano Sur	1.215.861	16
* Metropolitano Sur Oriente	1.352.868	18
* Del Libertador B. O'Higgins	978.343	13
Maule	1.123.008	15
Ñuble	512.289	7
* Concepción	684.517	9
Talcahuano	340.931	4
Biobío	421.380	6
Araucanía Sur	803.777	10
Valdivia	398.230	5
Osorno	239.107	3
* Del Reloncaví	474.312	6
Chiloé	176.865	2
Aysén	100.745	1
Magallanes	166.537	2

## 2.10 Cumplimiento de la meta de potenciales donantes.

### Descripción del Indicador

Este indicador evalúa el cumplimiento de la meta en la identificación y registro de potenciales donantes de órganos (pacientes con certificación de muerte encefálica) en los hospitales de la red asistencial, utilizando el sistema SIDOT. Su cálculo se realiza en relación con el número total de fallecidos por causas neurológicas, entre 6 meses y 78 años, según los datos reportados por GRD.

Cumplimiento de la meta de potenciales donantes.					
DIGERA   Unidad de Coordinación Nacional de Donación, Procuramiento y Trasplante de Órganos y Tejidos					
<b>Objetivo del Indicador</b>	Fortalecer el proceso de identificación y registro de potenciales donantes en hospitales de la red, con el fin de incrementar la disponibilidad de órganos sólidos para trasplantes mediante la optimización del proceso de donación y procuramiento de órganos				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	(Porcentaje de potenciales donantes 2025/ Meta de potenciales donantes 2025)				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	Sí	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Trimestral
<b>Número de Decimales</b>	1 Decimal aproximado				
<b>Meta</b>	100% de cumplimiento de la meta establecida para el año 2025 acuerdo a LB <b>LB ≥ 20%: Meta 30%</b> <b>LB ≥ 10% &lt; 20%: Meta 25%</b> <b>LB &lt; 10%: Meta 20%</b>			<b>Polaridad</b>	Los Valores altos son Buenos
<b>Requisito</b>	No Tiene Requisito Definido.				
<b>Exclusiones</b>	SS Arauco y Araucanía Norte no cumplen criterios para evaluación COMGES 2025. Para los Servicios de Salud Concepción, Biobío y Araucanía Sur solo se considerará la población de su red.				
<b>Fuente Numerador</b>	SIDOT	<b>Fuente Denominador</b>	GRD - ALCOR		
<b>Nivel de Aplicación</b>	Establecimientos de alta y mediana complejidad.				

### Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
>=90%	4 puntos
>=70%	3 puntos
>=50%	2 puntos
>=30%	1 punto

## Definición de Términos

- **Potencial donante:** Corresponde a todo posible donante que ha sido certificado en muerte encefálica o muerte por criterio neurológico.
- **Donante efectivo (DE):** Es todo aquel potencial donante que hace ingreso a pabellón.

## Consideraciones Técnicas

### Fórmula de cálculo porcentaje de potenciales donantes:

(Número de potenciales donantes registrados en SIDOT/ Número total de fallecidos por causa neurológica, entre 6 meses y 78 años, reportados por GRD) x 100

Para establecer la meta del porcentaje de potenciales donantes (pacientes con certificación de muerte encefálica) en los hospitales de la red, se consideró lo siguiente:

- Registro de certificaciones de muerte encefálica en el Sistema Integrado de Donación y Trasplante (SIDOT).
- Este incluye al menos los registros de:
  - Escala de Coma de Glasgow.
  - Resultados del TAC Cerebral.
  - Evaluación clínica y resultados de los reflejos tronco-encefálicos.
  - Resultados de la gasometría del Test de apnea.
  - Prueba complementaria utilizada, si corresponde.
  - Resultados históricos y del 2024.

Los referentes de los Servicios de Salud deben supervisar el cumplimiento y la oportunidad de los registros en SIDOT y el cierre de brechas identificadas en el proceso de certificación de muerte encefálica.

Según los resultados del porcentaje de potenciales donantes 2024, se establecen tres categorías, con sus respectivas metas:

- $LB \geq 20\%$ : Meta 30%
- $LB \geq 10\% < a 20\%$ : Meta 25%
- $LB < 10\%$ : Meta 20%

### Recomendaciones:

- Gestionar la disponibilidad de consultores de llamado con atención 24/7 los 365 días del año para la certificación de muerte encefálica (ME) o muerte por criterio neurológico:
  - Neurólogo o neurocirujano o médico dedicado a la neurología.
  - Electroencefalograma (EEG) con informe.
  - Doppler Transcraneano (DTC) con informe disponible, en los establecimientos que cuenten con la capacidad de realizarla.
  - Realizar anualmente la revisión de fichas clínicas de fallecidos por causa neurológica en los hospitales de la red, con el fin de identificar oportunidades de mejora en la certificación de muerte encefálica y la generación de donantes efectivos.

Para aquellos SS que al cierre del año 2025 hayan presentado menos de 5 fallecidos por causa neurológica, se evaluará cada caso en particular para determinar si existían condiciones que permitieran su certificación. En caso de demostrarse que ninguno de ellos era sujeto de certificación se dará por cumplido el indicador.

**Anexo: Línea Base del año 2024 para el cálculo de la meta de cumplimiento Porcentaje de potenciales donantes de órganos en los hospitales de la red con certificación de ME”**

Servicio de Salud	% Potenciales donantes con certificación ME 2024 (LB)	Meta 2025
Arica y Parinacota	27	≥30%
Tarapacá	21	≥30%
Antofagasta	25	≥30%
Atacama	45	≥30%
Coquimbo	48	≥30%
Valparaíso - San Antonio	32	≥30%
Viña del Mar - Quillota	27	≥30%
Aconcagua	12	25%
Metropolitano Norte	14	25%
Metropolitano Occidente	31	≥30%
Metropolitano Central	30	≥30%
Metropolitano Oriente	35	≥30%
Metropolitano Sur	21	≥30%
Metropolitano Sur Oriente	26	≥30%
Del Libertador B. O'Higgins	18	25%
Maule	13	25%
Ñuble	26	≥30%
Concepción	51	≥30%
Talcahuano	26	≥30%
Biobío	34	≥30%
Araucanía Sur	30	≥30%
Los Ríos	18	25%
Osorno	20	≥30%
Del Reloncaví	34	≥30%
Chiloé	67	≥30%
Aysén	0	20%
Magallanes	29	≥30%

## 2.11 Ingresos a la estrategia de cuidado integral centrado en las personas de personas de 65 años o más.

### Descripción del Indicador

Este indicador evalúa el porcentaje de ingreso de personas de 65 y más años a la Estrategia de Cuidado Integral, asegurando la continuidad del proceso iniciado en 2019. Se articula con la planificación y ejecución de cuidados integrales en APS (ingreso a ECICEP, Plan de Cuidado Integral, Controles Integrales y Seguimiento), abarcando desde promoción y prevención hasta atención curativa y paliativa, mediante la colaboración entre equipos gestor de MAIS/ECICEP y diversas estrategias de atención para personas mayores.

Ingresos a la estrategia de cuidado integral centrado en las personas de personas de 65 años o más.					
DIVAP   Departamento de Desarrollo e Integración en Atención Primaria					
<b>Objetivo del Indicador</b>	Monitorizar el porcentaje de ingreso de personas de 65 y más años a la Estrategia de Cuidado Integral, fortaleciendo la gestión y el acompañamiento técnico de los Servicios de Salud. Esto permitirá optimizar la implementación de un cuidado integral, continuo y centrado en la persona mayor, tanto en la atención primaria como en la red asistencial.				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	Número de personas de 65 y más años ingresadas a la Estrategia de Cuidado Integral/ Número de personas de 65 y más años comprometidas a ingresar a la Estrategia de Cuidado Integral				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	No	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Trimestral
<b>Número de Decimales</b>	Entero sin decimales				
<b>Meta</b>	100% de las personas de 65 y más años, según el total comprometido, ingresadas a la Estrategia de Cuidado Integral.			<b>Polaridad</b>	Los Valores altos son Buenos
<b>Requisito</b>	No Tiene Requisito Definido.				
<b>Exclusiones</b>	Este indicador no tiene exclusiones.				
<b>Fuente Numerador</b>	REM	<b>Fuente Denominador</b>	LOCAL		
<b>Nivel de Aplicación</b>	El indicador medirá Ingresos a Estrategia de Cuidado Integral y Planes de Cuidado, en todos los establecimientos de APS (postas, Cecosf, CESFAM, CGU, CGR y Hospitales Comunitarios)				

### Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
=100%	4 puntos
>=91%	3 puntos
>=81%	2 puntos
>=70%	1 punto

## Definición de Términos

**MAIS/ECICEP:** El cuidado integral centrado en la persona, desde el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS) se entiende como la consideración de las dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y espirituales en todas las etapas del proceso del curso de vida y en relevancia del estado de salud-enfermedad. Estas se abordan mediante planes de cuidados integrales, consensuados y continuos coordinando las prestaciones de salud.

## Consideraciones Técnicas

Desde 2019, el Ministerio de Salud ha priorizado el cuidado integral de personas mayores a través de COMGES y el acompañamiento técnico de los Servicios de Salud. En 2020, se formalizó la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas (ECICEP), basada en los principios del MAIS, para promover la prevención y el manejo de la cronicidad en adultos mayores. Su implementación, liderada por Equipos Gestores, articula diversas líneas de acción en atención primaria y especializada. La población comprometida a ingresar corresponde a personas de 65 años y más, definidas según el avance progresivo de la estrategia y el consenso entre los Servicios de Salud y el Depto. de Desarrollo e Integración de DIVAP.

Este indicador se desarrolla en todos los Servicios de Salud, quienes en consenso con DIVAP, luego de un proceso de revisión de antecedentes, fijan una meta de ingresos de personas de 65 y más años a ECICEP. Para medir este indicador los ingresos registrados por REM deben ser consistentes con los respectivos planes de cuidado.

Se considerará como línea Base los ingresos realizados a ECICEP el año anterior, la meta comprometida el año anterior, las líneas de acción desarrolladas desde los Servicios de Salud y la población de personas mayores a cargo para la definición de la población comprometida a ingresar.

**Las metas serán compartidas como anexo.**

## 2.12 Ingresos de personas al programa de dependencia severa con plan de cuidados.

### Descripción del Indicador

Este indicador busca promover el cuidado integral en personas con dependencia severa, asegurando que, al momento de ingresar al programa mediante la visita domiciliaria inicial, se realice una evaluación integral por parte del equipo de salud. Esto facilita la planificación consensuada de los cuidados, integrando acciones comunitarias e intersectoriales que beneficien tanto a la persona con dependencia severa como a su cuidador(a), en el marco de un enfoque continuo y centrado en sus necesidades específicas.

Ingresos de personas al programa de dependencia severa con plan de cuidados.				
DIVAP   Departamento de Desarrollo e Integración en Atención Primaria				
<b>Objetivo del Indicador</b>	Promover la gestión y el acompañamiento técnico en los Servicios de Salud para garantizar el desarrollo de cuidado integral para personas con dependencia severa en la atención primaria. Mediante la elaboración de Planes de Cuidado individualizados			
<b>Fórmula de Cálculo</b>	Planes de Cuidado a personas con dependencia severa elaborados / Número de visita de ingreso al PADDs			
<b>Cuenta con Línea Base</b>	No	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>
<b>Número de Decimales</b>	Entero sin decimales			
<b>Meta</b>	100% de planes de cuidado a personas con dependencia severa elaborados.		<b>Polaridad</b>	Los Valores altos son Buenos
<b>Requisito</b>	No Tiene Requisito Definido.			
<b>Exclusiones</b>	Este indicador no tiene exclusiones.			
<b>Fuente Numerador</b>	REM	<b>Fuente Denominador</b>	REM	
<b>Nivel de Aplicación</b>	En todos los establecimientos de APS (postas, CESCOSF, CESFAM, CGU, CGR, Hospitales Comunitarios)			

### Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
>=100%	4 puntos
>=95%	3 puntos
>=90%	2 puntos
>=80%	1 punto

## Definición de Términos

- **Visita de Ingreso a PADDs:** Corresponde a la primera Visita Domiciliaria Integral para un usuario nuevo del programa. En ella se deberá realizar la anamnesis y valoración integral de la persona con dependencia y el cuidador, para lo cual se orienta que las Visitas Domiciliares Integrales del PADDs sean realizadas al menos por dos integrantes del equipo de salud a cargo, de modo de poder interactuar en forma alternada con ambos integrantes de la diada.
- **Plan de Cuidado Integral Consensuado:** Formulado durante la VDI de ingreso, constituye la hoja de ruta que guía el proceso de cuidado y que integra las diferentes dimensiones relacionadas con los objetivos consensuados entre el equipo de salud y las personas. Este Plan formulado en se desarrollará principalmente a través de las actividades de Visita Domiciliaria de Tratamiento y Procedimientos y Seguimiento remoto. Este plan será evaluado en las siguientes VDI, actualización asociada a la reevaluación de la persona con dependencia severa.

## Consideraciones Técnicas

Para garantizar el éxito del programa, es fundamental que los Servicios de Salud supervisen y acompañen técnicamente a los equipos de Atención Primaria, promoviendo su desarrollo de manera continua y ajustada a la población objetivo. Esto implica disponer de protocolos que integren estrategias disponibles en la red de salud, como el MAIS y la ECICEP, y contemplar los lineamientos de la Ley de Atención Preferente. Adicionalmente, es imprescindible que el programa esté accesible todo el año, sin restricciones de cupos, y que se realicen adecuaciones oportunas para mantener un enfoque centrado en la persona y el cuidador.

2.13 Cuidadores de personas del programa de dependencia severa con evaluación de sobrecarga vigente.

**Descripción del Indicador**

Este indicador busca avanzar en el cuidado del cuidador, mediante la valoración del nivel de sobrecarga como parte de la valoración integral, para la aplicación de acciones promocionales, preventivas, de tratamiento y rehabilitación, dentro del plan de cuidados de cada cuidador, con la correspondiente vinculación a acciones comunitarias e intersectoriales. Conocer y abordar la sobrecarga facilita la mantención y/o mejora de los cuidados de la persona con dependencia y aporta al conocimiento de la repercusión de las labores de cuidado en la persona que los entrega.

Cuidadores de personas del programa de dependencia severa con evaluación de sobrecarga vigente.					
DIVAP   Departamento de Desarrollo e Integración en Atención Primaria					
<b>Objetivo del Indicador</b>	Promover la gestión y acompañamiento técnico de los Servicios de Salud para aportar en la salud y el bienestar de los cuidadores del programa de dependencia severa a través del conocimiento del estado de evaluación de sobrecarga e implementación de estrategias de apoyo integral.				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	Total Cuidadoras/es con evaluación de sobrecarga vigente/Total de cuidadores bajo control en PADDs				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	No	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Trimestral
<b>Número de Decimales</b>	Entero sin decimales				
<b>Meta</b>	100%			<b>Polaridad</b>	Los Valores altos son Buenos
<b>Requisito</b>	Reportar avances de programa PADDs dentro plazo.				
<b>Exclusiones</b>	Este indicador no tiene exclusiones.				
<b>Fuente Numerador</b>	REM	<b>Fuente Denominador</b>		REM	
<b>Nivel de Aplicación</b>	Todos los establecimientos de APS (postas, CECOSF, CESFAM, CGU, CGR, Hospitales Comunitarios)				

**Tabla de sensibilidad**

Cumplimiento	Puntaje
>=100%	4 puntos
>=90%	3 puntos
>=80%	2 puntos
>=70%	1 punto

## Definición de Términos

Los cuidadores ingresados a PADDs pueden ser cuidadores informales o familiares, como ocurre en la gran mayoría de los casos o cuidadores formales, los que corresponden a cuidadores remunerados que entregan cuidados en el lugar de residencia de la persona con dependencia, como ocurre en los Establecimientos de Larga Estadía para personas mayores (ELEAM). La valoración de sobrecarga debe estar contemplada como parte del proceso de valoración integral y planificación de cuidados del cuidador, por tanto, se realiza en forma presencial durante las Visitas Domiciliarias, asociándola a las actividades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación disponibles para la población a cargo.

**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.

**Plan de Cuidado Integral de la persona con dependencia:** Plan de acción definido por el equipo de salud de cabecera y consensuado con la persona dependiente y/o cuidador, con Objetivos específicos que comandan las acciones promocionales, preventivas y terapéuticas a realizar. Es el producto de la evaluación integral de la persona con dependencia severa realizada en la primera VDI y evaluado en la segunda VDI. Pueden realizarse adaptaciones en visitas posteriores (tercera VDI o más visitas de seguimiento). Puede considerarse como plan de cuidado integral, el plan elaborado en el contexto del abordaje ECICEP.

**Plan de cuidado al cuidador:** Plan de acción definido por el equipo de salud de cabecera y consensuado con el cuidador, con Objetivos específicos focalizados en su cuidado y autocuidado. Es el producto de la evaluación integral del cuidador realizada en la primera VDI y evaluado en la segunda VDI.

Pueden realizarse adaptaciones en visitas posteriores (tercera VDI o más visitas de seguimiento). Puede considerarse como plan de cuidado, el plan elaborado en el contexto del abordaje ECICEP.

## Consideraciones Técnicas

Todos los cuidadores de las personas con dependencia severa del PADDs, deben recibir la evaluación de sobrecarga, aun cuando la persona con dependencia se encuentre institucionalizada o la persona cuidadora no sea beneficiaria del centro de salud. En este último caso se aplica la evaluación de sobrecarga, se entrega información sobre la relevancia de recibir atención y prestaciones de salud por parte de su prestador de salud y se les incluye en la capacitación de cuidadores, según describe la Resolución Exenta N° 141 que aprueba el PADDs.

### Verificable:

Informe Estado de Avances Plan de Trabajo Programa de Atención Domiciliaria (Resolución Exenta N°141/20205) para Personas con Dependencia Severa, que detalle el desarrollo de los 3 componentes, incluyendo reporte del producto Mapa de Red/Guía de Beneficios para personas con dependencia severa y cuidadores a nivel local (comunales con salud municipal, dependiente de SS y ONG) del componente 2 Articulación Intersectorial.

## 2.14 Cumplimiento de test visual/rápido en los establecimientos de atención primaria del Servicio de Salud.

### Descripción del Indicador

Este indicador mide el incremento de test visual/rápido realizados en los establecimientos de atención primaria del Servicio de Salud. Se espera que el cumplimiento de este indicador permita mejorar la detección y el tratamiento oportuno de la infección por VIH en la población. Cuenta con un requisito asociado, donde se espera que exista un aumento en la realización de test en la población específica de hombres entre 25-64 años.

Cumplimiento de test visual/rápido en los establecimientos de atención primaria del Servicio de Salud.					
DIVAP   Departamento de Cuidados Integrales en Salud					
<b>Objetivo del Indicador</b>	Mantener y/o aumentar la realización de test visual/rápido en los establecimientos de atención primaria del Servicio de Salud.				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	$\frac{\text{(Número de test visual/rápido VIH realizados en establecimientos de atención primaria del Servicio de Salud en el año 2025 - Número de test visual/rápido VIH realizados en establecimientos de atención primaria del Servicio de Salud en el año 2024)}}{\text{Número de test visual/rápido VIH realizados en establecimientos de atención primaria del Servicio de Salud en el año 2024}}$				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	Sí	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Mensual
<b>Número de Decimales</b>	Entero sin decimales				
<b>Meta</b>	Mantener y/o aumentar la LB del año 2024.			<b>Polaridad</b>	Los Valores altos son Buenos
<b>Requisito</b>	Comprometer un aumento de 5% de test realizadas a hombres de 25 a 64 años				
<b>Exclusiones</b>	Este indicador no tiene exclusiones.				
<b>Fuente Numerador</b>	SURVIH		<b>Fuente Denominador</b>	SURVIH	
<b>Nivel de Aplicación</b>	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 espontánea, en consulta, EMP, actividades extramuros, ronda de salud, etc.).				

### Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
>=0%	4 puntos

## Definición de Términos

- **Test visual/ Rápido VIH:** corresponde a la técnica por inmunocromatográfica que detecta la presencia del virus de inmunodeficiencia (VIH) en muestra sangres capilar.
- **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 espontánea, en consulta, EMP, actividades extramuros, ronda de salud, etc.).
- **SUR -VIH:** Sistema único de registro de VIH del MINSAL.

## Consideraciones Técnicas

- Como verificador el Servicio de Salud deberá informar en archivo (planilla Excel) en formato MINSAL, el N° de número de test visual / rápido de VIH acumulado al corte por establecimiento.
- Los datos de SURVIH son de reporte mensual, por lo que se sugiere a los Servicios llevar un monitoreo mensual del indicador.
- Cuenta con un requisito asociado, donde se espera que exista un aumento en la población específica de hombres entre 25-64 años.
- Se enviará a través de correo u ordinario la línea base del 2024, por sexo.
- Se evaluarán solo los establecimientos que el Servicio de Salud informe que disponen de oferta de Test visual/ rápido de VIH durante el año 2025.

## Formula Requisito:

Con la finalidad de evaluar el incremento del testeo en hombres de 25 a 64 años, se utilizará la siguiente fórmula de cálculo, de manera complementaria.

$$\left( \frac{\text{Número de test visual/rápido VIH realizados a hombre de 25-64 años establecimientos de atención primaria del Servicio de Salud en el periodo (año t)} - \text{Número de test visual/rápido VIH realizados a hombre de 25-64 años establecimientos de atención primaria del Servicio de Salud del periodo (año t-1)}}{\text{Número de test visual/rápido VIH realizado a hombre de 25-64 años establecimientos de atención primaria del Servicio de Salud en el periodo (año t-1)}} \right)$$

## 2.15 Personas viviendo con VIH de la población bajo control que se encuentra en terapia antirretroviral.

### Descripción del Indicador

Este indicador busca contribuir al cumplimiento de las metas ONUSIDA 95-95-95, a través de la monitorización de personas viviendo con VIH que están en TAR y que han alcanzado la supresión viral.

Personas viviendo con VIH de la población bajo control que se encuentra en terapia antirretroviral.					
DIPRECE   Departamento Prevención y Control VIH e ITS					
<b>Objetivo del Indicador</b>	Contribuir al cumplimiento de las metas 95-95-95, a través de la monitorización de personas en TAR y la supresión virológica alcanzada.				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	(Número de personas viviendo con VIH bajo control pertenecientes al Servicio de Salud que se encuentran en terapia antirretroviral / Número total de personas viviendo con VIH bajo control pertenecientes al Servicio de Salud)				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	No	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Semestral
<b>Número de Decimales</b>	Entero sin decimales				
<b>Meta</b>	95% de las personas viviendo con VIH de la población bajo control en terapia antirretroviral			<b>Polaridad</b>	Los Valores altos son Buenos
<b>Requisito</b>	No Tiene Requisito Definido.				
<b>Exclusiones</b>	Este indicador no tiene exclusiones.				
<b>Fuente Numerador</b>	REM	<b>Fuente Denominador</b>	REM		
<b>Nivel de Aplicación</b>	Establecimientos con atención de personas viviendo con VIH. Referencia técnica compartirá nómina.				

**Tabla de sensibilidad**

Cumplimiento	Puntaje
>=95%	4 puntos
>=90%	3 puntos
>=85%	2 puntos
>=80%	1 punto

## Definición de Términos

- **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), dentro de los últimos 6 meses previos a la fecha de reporte. Deben estar excluidos los abandonos de tratamiento y egresos.
- **Terapia antirretroviral:** Fármacos indicados a las personas que viven con VIH, con el objetivo de evitar la replicación viral, lograr la supresión virológica y mejorar la calidad de vida.

## Consideraciones Técnicas

La fuente de información para este indicador será el REM serie P 11 sección A, por lo cual es muy importante que cada establecimiento y Servicio de Salud realicen un trabajo coordinado para asegurar el correcto registro y concordancia en los datos reportados.

## 2.16 Personas viviendo con VIH de la población bajo control que se encuentran en terapia antirretroviral y con carga viral indetectable.

### Descripción del Indicador

Este indicador busca contribuir al cumplimiento de las metas ONUSIDA 95-95-95, a través de la monitorización de personas viviendo con VIH que están en TAR y que han alcanzado la supresión viral.

Personas viviendo con VIH de la población bajo control que se encuentran en terapia antirretroviral y con carga viral indetectable.				
DIPRECE   Departamento Prevención y Control VIH e ITS				
<b>Objetivo del Indicador</b>	Contribuir al cumplimiento de las metas 95-95-95, a través de la monitorización de personas en TAR y la supresión virológica alcanzada.			
<b>Fórmula de Cálculo</b>	Personas viviendo con VIH bajo control pertenecientes al Servicio de Salud que se encuentran en terapia antirretroviral con carga viral indetectable / Total de personas viviendo con VIH bajo control pertenecientes al Servicio de Salud que se encuentran en terapia antirretroviral			
<b>Cuenta con Línea Base</b>	No	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b> Semestral
<b>Número de Decimales</b>	Entero sin decimales			
<b>Meta</b>	95% de las personas viviendo con VIH bajo control que se encuentran en terapia antirretroviral con carga viral indetectable.		<b>Polaridad</b>	Los Valores altos son Buenos
<b>Requisito</b>	No Tiene Requisito Definido.			
<b>Exclusiones</b>	Este indicador no tiene exclusiones.			
<b>Fuente Numerador</b>	REM	<b>Fuente Denominador</b>	REM	
<b>Nivel de Aplicación</b>	Establecimientos con atención de personas viviendo con VIH. Referencia técnica compartirá nómina.			

### Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
>=95%	4 puntos
>=90%	3 puntos
>=85%	2 puntos
>=80%	1 punto

## Definición de Términos

- **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), dentro de los últimos 6 meses previos a la fecha de reporte. Deben estar excluidos los abandonos de tratamiento y egresos.
- **Terapia antirretroviral:** Fármacos indicados a las personas que viven con VIH, con el objetivo de evitar la replicación viral, lograr la supresión virológica y mejorar la calidad de vida.
- **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).
- **Personas con carga viral indetectable:** corresponde a la persona en control vigente por VIH que en el último examen de carga viral realizado en el año calendario del reporte o con una vigencia de 12 meses, presenta un resultado menor a 1.000 copias.

## Consideraciones Técnicas

La fuente de información para este indicador será el REM serie P 11 sección A, por lo cual es muy importante que cada establecimiento y Servicio de Salud realicen un trabajo coordinado para asegurar el correcto registro y concordancia en los datos reportados.

## Compromiso de Gestión 3: Mejora de los tiempos de espera

### **Objetivo estratégico**

*"Disminuir los tiempos y priorizar la resolución de casos de pacientes con mayor antigüedad de espera en la atención a través de la optimización de la gestión de la demanda, el uso eficiente de los recursos y la implementación de estrategias innovadoras para la resolución oportuna de consultas y procedimientos."*

### **Contexto**

El objetivo de disminuir los tiempos de espera en la atención de salud se fundamenta en la necesidad de garantizar un acceso equitativo, oportuno y de calidad para toda la población. Este propósito se alinea con políticas públicas como la Ley N° 20.584 sobre derechos y deberes en salud, el Régimen General de Garantías en Salud (Ley N° 19.966) y los Objetivos Sanitarios 2030. A través de la optimización de la gestión de la demanda, el uso eficiente de los recursos y la implementación de estrategias innovadoras, se busca resolver consultas de especialidad y procedimientos quirúrgicos médicos y odontológicos de manera oportuna.

***Optimización de la Atención Primaria y Especializada: Garantías GES y Reducción de Tiempos de Espera en Salud.***

### **Fomento de la resolutivez en la Atención Primaria de Salud**

La derivación de casos desde especialidades médicas hacia la Atención Primaria de Salud optimiza la gestión de la demanda al descongestionar los niveles secundarios y terciarios. Esto permite una atención más rápida y eficiente, especialmente en especialidades como oftalmología y dermatología, donde la demanda es alta, la estrategia de atención de especialidad en APS espera contribuir a la disminución de casos de la Lista de espera de consultas nuevas de especialidades médicas con destino APS en especialidades definidas.

La resolución de listas de espera en especialidades odontológicas como endodoncia, prótesis removible y periodoncia fortalece la capacidad resolutivez de la APS, descongestionando los niveles secundarios y reduciendo los tiempos de espera para procedimientos especializados, ofreciendo una atención en los territorios.

### **Mejora en los tiempos para atención de especialidad e intervenciones quirúrgica**

La reducción de la mediana de espera para consultas nuevas de especialidad médica y odontológica aborda la atención a aquellos casos que requieren una evaluación inicial para continuar su atención en los niveles de especialidad, refleja una gestión eficiente de la demanda, priorizando casos según su urgencia y optimizando el uso de los recursos disponibles en la red asistencial. La implementación de estrategias innovadoras, como la atención en horarios extendidos y el uso de tecnologías digitales, ha permitido reducir los tiempos de espera en especialidades odontológicas y médicas, mejorando la calidad de vida de los usuarios.

La disminución de la mediana de días de espera para intervenciones quirúrgicas se logra mediante la programación eficiente de quirófanos y la priorización de casos según su complejidad y prioridad, permitiendo una resolución más oportuna de procedimientos mayores y menores.

Por otro lado, aquellos casos con mayor tiempo de espera para consulta nueva de especialidad médica y odontológica deben ser priorizados y atendidos para dar continuidad a su atención, lo que se impulsa a través de la medición de la resolución de lista de espera del percentil 75 de consulta nueva de especialidad médica y odontológica, puesto que la atención prioritaria de casos en el percentil 75 de espera asegura que los pacientes con mayor tiempo en espera reciban atención oportuna, permitiendo atender casos con mayor espera de manera más rápida, utilizando estrategias como la redistribución de recursos, extensión horaria, promoviendo la equidad y optimizando la gestión de la demanda.

La priorización de intervenciones quirúrgicas mayores y menores en el percentil 75 reduce los tiempos de espera para pacientes con mayor antigüedad en la lista de espera, optimizando el uso de quirófanos y recursos humanos, por lo que la vigilancia de la resolución de lista de espera del percentil 75 de intervenciones quirúrgicas mayores y menores contribuirá a priorizar la atención en aquellas personas que llevan más tiempo esperando para atención secundaria, dando una solución a sus problemas de salud. Complementariamente la resolución de Lista de espera por intervenciones quirúrgicas menores electivas en establecimientos de baja complejidad, pretende descongestionar la espera para hospitales de mayor complejidad, permitiendo una atención más rápida y eficiente para procedimientos electivos en los establecimientos de menor complejidad. Por último, la disminución de casos en lista de espera para intervenciones quirúrgicas de incontinencia urinaria femenina responde a la necesidad de atender prioritariamente la salud de las mujeres, garantizando una atención oportuna y mejorando su calidad de vida.

### **Garantías Explícitas en Salud (GES)**

El cumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud (GES) asegura que los pacientes reciban atención dentro de plazos establecidos para cada problema de salud, optimizando los recursos disponibles y priorizando casos críticos. Este enfoque reduce significativamente los tiempos de espera para los problemas de salud que integran el GES.

La resolución de garantías GES exceptuadas transitorias sin prestación acumuladas, aborda aquellos casos pendientes por resolución, promoviendo la equidad en el acceso y reduciendo la acumulación de casos de espera de atención. Esto se logra mediante estrategias de priorización y gestión eficiente de los recursos.

Indicadores:

- 3.1 Cumplimiento de Garantías explícitas en Salud (GES) en la red.
- 3.2 Resolución de garantías exceptuadas transitorias acumuladas sin prestación otorgada.
- 3.3 Disminución de días de mediana de espera para Consulta Nueva de Especialidad médica
- 3.4 Disminución de días de mediana de espera para Consulta Nueva de Especialidad odontológica
- 3.5 Disminución de la mediana de días de espera para intervenciones quirúrgicas
- 3.6 Resolución de lista de espera del percentil 75 de consulta nueva de especialidad
- 3.7 Casos disminuidos de la Lista de espera de consultas nuevas de especialidades médicas con destino APS en especialidades definidas
- 3.8 Resolución de lista de espera del percentil 75 de consulta nueva de especialidad odontológica
- 3.9 Resolución de Lista de espera de especialidades odontológicas de endodoncia, prótesis removible y periodoncia en atención primaria de salud
- 3.10 Resolución de lista de espera del percentil 75 de intervenciones quirúrgicas mayores y menores
- 3.11 Resolución de Lista de espera por intervenciones quirúrgicas menores electivas en establecimientos de baja complejidad al 31 de diciembre 2024

### 3.1 Cumplimiento de Garantías explícitas en Salud (GES) en la red.

#### Descripción del Indicador

Este indicador mide el nivel del cumplimiento GES en la red a la Ley GES, según los problemas de salud y sus garantías definidas en el decreto vigente (N°72/2022). El no cumplimiento es falta a la normativa vigente, por lo que la red debe usar todos los espacios de gestión posibles para su resolución.

Cumplimiento de Garantías explícitas en Salud (GES) en la red.					
DIGERA   Departamento GES y Redes Complejas					
<b>Objetivo del Indicador</b>	Fortalecer la detección temprana de patologías oncológicas y la entrega oportuna de prestaciones para los pacientes oncológicos.				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	$(\text{Número de Garantías Cumplidas} + \text{Garantías Exceptuadas} + \text{Garantías Incumplidas Atendidas}) / (\text{Número de Garantías Cumplidas} + \text{Garantías Exceptuadas} + \text{Garantías Incumplidas Atendidas} + \text{Garantías Incumplidas no Atendidas} + \text{Garantías Retrasadas})$				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	No	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Mensual
<b>Número de Decimales</b>	Entero sin decimales				
<b>Meta</b>	100% de cumplimiento de Garantías explícitas en Salud (GES) en la red.			<b>Polaridad</b>	Los Valores altos son Buenos
<b>Requisito</b>	Disminución de Garantías Retrasadas.				
<b>Exclusiones</b>	Este indicador no tiene exclusiones.				
<b>Fuente Numerador</b>	SIGGES	<b>Fuente Denominador</b>	SIGGES		
<b>Nivel de Aplicación</b>	Toda la red asistencial.				

#### Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
= 100%	4 puntos

## Definición de Términos

- **Garantías Cumplidas:** En esta agrupación se consideran las garantías realizadas dentro del plazo máximo que señala el decreto.
- **Garantías Exceptuadas:** podrán exceptuarse de dar cumplimiento a una garantía de oportunidad (Superintendencia de Salud), cuando por causa imputable al beneficiario o por fuerza mayor derivada de su estado de salud, sea imposible otorgar la prestación en el plazo establecido, dando lugar a una nueva gestión del caso.
- **Garantías Incumplidas Atendidas:** es aquella garantía de oportunidad realizada fuera del plazo garantizado para cada problema de salud incluido en GES.
- **Garantías Incumplida No atendida:** El establecimiento no logró realizar la atención garantizada dentro de los tiempos establecidos, y es imposible entregarla en forma tardía por una condición o decisión del paciente.
- **Garantías Retrasadas:** Corresponde a aquellas que no evidencian en SIGGES una atención, ya sea por no registro de esta o por no realización de la prestación.

## Consideraciones Técnicas

**Requisito:** Disminución de Garantías retrasadas: Resolución del 100% de Garantías retrasadas del año 2024 y años anteriores.

El universo considera las garantías acumuladas del mes de enero al corte, en este caso de enero a diciembre, salvo las garantías retrasadas que considera el acumulado total (incluye años anteriores).

El monitoreo para la gestión es directo de la plataforma SIGGES, es diario con reportería actualizada, por lo que la oportunidad del registro impacta directo al cumplimiento de este indicador.

Es importante señalar que para lograr buen cumplimiento se deben gestionar las garantías de oportunidad desde su estado de vigencia, es decir, las que se encuentren dentro del plazo garantizado.

La medición se realiza mensualmente desde el nivel central. FONASA entrega la información a DIGERA cada mes, y esta es puesta a disposición de la red a través de carpetas compartidas.

En la evaluación final, se puede apelar casos retrasados por causas externas, las cuales se nombran a continuación:

- Falta de causal de excepción en la normativa de la SIS
- Falta de causal de cierre de garantía
- Errores del sistema SIGGES.
- Estas apelaciones serán revisadas por los referentes técnicos para su aceptación o rechazo.
- El universo considera las garantías acumuladas desde enero hasta el corte, excepto las garantías retrasadas, que incluyen acumulados de años anteriores.

### 3.2 Resolución de garantías exceptuadas transitorias acumuladas sin prestación otorgada

#### Descripción del Indicador

El indicador evalúa la eficacia en la resolución de garantías GES que fueron exceptuadas por causas transitorias. Para ello, analiza la proporción de casos acumulados sin prestación otorgada hasta el año 2024 y el avance en su resolución durante el año 2025. La fórmula compara el número de garantías resueltas frente al total de garantías acumuladas sin prestación otorgada, reflejando la capacidad del sistema de salud para regularizar la atención de estos casos pendientes. Un valor alto del indicador sugiere una gestión eficiente en la resolución de excepciones

Resolución de garantías exceptuadas transitorias acumuladas sin prestación otorgada					
DIGERA   Departamento GES y Redes Complejas					
<b>Objetivo del Indicador</b>	Garantizar la revisión y resolución eficiente de los casos GES exceptuados por causas transitorias, asegurando el cumplimiento de la norma de excepciones y evitando retrasos que afecten la oportunidad en la atención de los pacientes.				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	(Número de garantías exceptuadas transitorias acumuladas sin prestación otorgada al corte del 31 de diciembre de 2024, resueltas / Total de garantías exceptuadas transitorias acumuladas sin prestación otorgada al corte del 31 de diciembre de 2024)				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	Sí	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Trimestral
<b>Número de Decimales</b>	2 Decimal Truncado				
<b>Meta</b>	60% de garantías exceptuadas transitorias acumuladas sin prestación, resueltas.			<b>Polaridad</b>	Los Valores altos son Buenos
<b>Requisito</b>	Resolución del 80% de las garantías oncológicas exceptuadas transitorias acumuladas sin prestación otorgada al 31 de diciembre de 2024.				
<b>Exclusiones</b>	Este indicador no tiene exclusiones.				
<b>Fuente Numerador</b>	SIGGES		<b>Fuente Denominador</b>	SIGGES	
<b>Nivel de Aplicación</b>	Toda la Red				

#### Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
>=60%	4 puntos
>=50%	2 puntos
>=40%	1 punto

## Definición de Términos

- **SIGGES:** Sistema Gestión Garantías Explícitas en Salud.
- **SIGTE:** Sistema de Gestión de Tiempo de Espera.
- **GES:** Garantías Explícitas en Salud.
- **GO:** Garantías de Oportunidad.
- **Garantías exceptuadas transitorias sin prestación:** son acciones o decisiones clínicas o administrativas del prestador de no otorgar la prestación garantizada en los plazos establecidos, por causas imputables al beneficiario, según la normativa vigente. La excepción puede ser definitiva o transitoria.

## Consideraciones Técnicas

La norma señala que podrán exceptuarse de dar cumplimiento a una garantía de oportunidad (Compendio de normas administrativas en materia de procedimientos, Superintendencia de Salud), cuando por causa imputable al beneficiario o por fuerza mayor derivada de su estado de salud, sea imposible otorgar la prestación en el plazo establecido, dando lugar a una nueva gestión del caso. Esta nueva gestión de caso, para las excepciones transitorias (Causal NSP y Postergación), están dirigidas a lograr la entrega de la prestación al usuario, en una oportunidad que no supere la que originalmente le correspondía según garantía de oportunidad exceptuada. El no cumplimiento de esta indicación es un incumplimiento a la normativa vigente.

El monitoreo se hace desde SIGGES (Reporte de Garantías Exceptuadas Transitorias), considerando todas aquellas cuyo estado no se encuentre cerrado y que no se le haya entregado la prestación esperada.

La decisión de excepción tiene que estar bien respaldada y realizada según la normativa vigente. Por lo que no se haya realizado como corresponde se debe corregir o simplemente eliminar en SIGGES la excepción quedando retrasada la garantía.

En procesos de evaluación, son apelables las excepciones transitorias que sigan pendientes por error del sistema SIGGES, falta de causal en la normativa vigente y cuando las condiciones clínicas del usuario sigan impidiendo la entrega de la prestación. Cada una debe estar bien fundamentada y se analizará cuando corresponda.

### 3.3 Disminución de días de mediana de espera para Consulta Nueva de Especialidad médica.

#### Descripción del Indicador

Este indicador mide la reducción de la mediana de días de espera para consultas nuevas de especialidad médica, reflejando avances en la optimización del acceso a atención. Además, incorpora el seguimiento de personas pertenecientes a grupos prioritarios, incluyendo índices Valech, familiares Ley Rettig, índices exonerados, SENAME y Ex-SENAME.

Disminución de días de mediana de espera para Consulta Nueva de Especialidad médica.					
DIGERA   Departamento de Análisis e Información para la Gestión					
<b>Objetivo del Indicador</b>	Disminuir los Tiempos de Espera para la consulta nueva de especialidad (CNE) en el año 2025.				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	Días disminuidos de la mediana de espera para consulta nueva de especialidad médica / Meta de días comprometidos a disminuir				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	Sí	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Mensual
<b>Número de Decimales</b>	1 Decimal aproximado				
<b>Meta</b>	100% de la meta establecida Cálculo de meta en consideraciones técnicas			<b>Polaridad</b>	Los Valores bajos son Buenos
<b>Requisito</b>	Seguimiento de grupos priorizados: Ley VALECH, RETTIG, PRAIS Servicio de Protección Especializada y SENAME				
<b>Exclusiones</b>	Este indicador no tiene exclusiones.				
<b>Fuente Numerador</b>	SIGTE	<b>Fuente Denominador</b>	SIGTE		
<b>Nivel de Aplicación</b>	Servicio de Salud				

#### Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
=100%	4 puntos
>=90%	3 puntos
>=80%	2 puntos
>=70%	1 punto

## Definición de Términos

- **Listas de Espera:** Es el registro con los casos de todas las personas que han recibido indicación de atención, sea esta para: consulta ambulatoria de especialidad médica u odontológica; realización de procedimiento en atención especializada; intervención quirúrgica mayor y/o menor programada. Las que deben ser otorgadas por un profesional autorizado para su ejercicio en la red asistencial, teniendo documentada la solicitud de atención 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:** Nombre que recibe el “Sistema Informático de Gestión de Tiempos de Espera”, provisto por MINSAL, y que contiene los datos de registro disponibles y en línea de las listas de Espera de consultas nuevas de especialidades médicas y odontológicas, de intervenciones quirúrgicas mayores y menores electivas, y otras que se definan.
- **Fecha de entrada:** Corresponde a la fecha de indicación de la atención, la que es realizada por el médico u otro profesional autorizado y que es documentada en el formulario correspondiente. Esta fecha de indicación será válida tanto para las indicaciones provenientes desde APS, como niveles secundarios y terciarios, según los flujogramas acordados en cada red de Servicio de Salud.
- **Causal de egreso:** Indica la causal de salida de la Lista de Espera de un paciente, definidas según Norma Técnica N°118 del año 2011 y sus actualizaciones.
- **Anualidad:** Término utilizado para referirse al año de entrada de los casos de las personas que se encuentran en listas de espera registradas en SIGTE.
- **Servicio de Protección Especializada:** Servicio público con enfoque intersectorial, sujeto a la fiscalización de la Subsecretaría de la Niñez y que forma parte del Sistema de Garantías y Protección Integral de los Derechos de la Niñez y Adolescencia. Se constituye a partir de la publicación de la Ley N° 21.302. El Ministerio de Desarrollo Social y Familia garantizará el cumplimiento de las normas que rigen la labor del Servicio y los colaboradores acreditados.
- **SENAME:** El Servicio Nacional de Menores (Sename) es un organismo gubernamental centralizado, colaborador del sistema judicial y dependiente del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Desde el día 01 de octubre de 2021, se enfoca exclusivamente al área de justicia y reinserción juvenil, encargándose de la atención de adolescentes y jóvenes que han estado en conflicto con la Ley entre los 14 y 17 años, y que han sido imputados o condenados, por medio de intervenciones oportunas, pertinentes y de calidad en el marco del respeto a sus derechos fundamentales.
- **Lista Servicio de Protección Especializada y SENAME (En contextos residenciales):** Lista de Espera de pacientes SENAME total, que cumplan con criterios de registro en SIGTE a la espera de consultas nuevas de especialidad. Por contextos residenciales se entiende aquellos niños, niñas, adolescentes y jóvenes vigentes en programas residenciales y Familias de Acogida del Servicio de Protección Especializada, y en Centros Privativos de Libertad e Internación Provisoria (CIP-CRC) y Semicerrados de SENAME.

- **Ley VALECH:** Persona reconocida por el Estado de Chile como víctima de prisión política y tortura.
- **Ley RETTIG:** Persona reconocida por el Estado de Chile como familiar de persona detenida desaparecida o familiar de persona ejecutada política.
- **Ley de Exoneración Política:** Persona reconocida por el Estado de Chile como exonerada por expulsión de manera involuntaria en su trabajo por motivos políticos.

### Consideraciones Técnicas

#### Establecimiento de la meta de días a disminuir:

- Mediana  $X \leq 150$  días: la meta es mantener
- Mediana  $X \leq 200$  días: la meta es mantener, si aumenta se aplica la tabla de sensibilidad en base a su aumento.
- Mediana  $201 \geq X \leq 290$  días: la meta es reducir un 15%
- Mediana  $X \geq 290$  días: la meta es reducir un 30%

#### Respecto del requisito:

Se incorporará un monitoreo de disminución de LE asociada a universos de grupos priorizados; En el caso de PRAIS se solicita el 70% de disminución del universo del 31 de diciembre de 2024; En el caso de la población a la población bajo el cuidado del Estado (EX SENAME) el 80% de los casos con una antigüedad igual o mayor a 180 días.

Desde la Unidad de análisis de información de DIGERA se enviará a cada referente de lista de espera de los Servicios de Salud, con copia a coordinadores PRAIS, las nóminas de personas en lista de espera, con las instrucciones para la resolución de los casos. Realizando un monitoreo trimestral del avance de la resolución del indicador; en conjunto con Depto. PRAIS MINSAL. Misma metodología se usará para la población SENAME y Ex-SENAME.

### 3.4 Disminución de días de mediana de espera para Consulta Nueva de Especialidad odontológica.

#### Descripción del Indicador

Este indicador mide la reducción de la mediana de días de espera para consultas nuevas de especialidad Odontológica, reflejando avances en la optimización del acceso a atención. Además, incorpora el seguimiento de personas pertenecientes a grupos prioritarios, incluyendo índices Valech, familiares Ley Rettig, índices exonerados, SENAME y Ex-SENAME.

Disminución de días de mediana de espera para Consulta Nueva de Especialidad odontológica.					
DIGERA   Departamento de Gestión Ambulatoria y de Apoyo Diagnóstico					
<b>Objetivo del Indicador</b>	Disminuir los Tiempos de Espera para Consulta Nueva de Especialidad odontológica en el año 2025.				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	Días disminuidos de la mediana de espera para consulta nueva de especialidad odontológica / Meta de días comprometidos a disminuir				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	Sí	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Mensual
<b>Número de Decimales</b>	1 Decimal aproximado				
<b>Meta</b>	100% de la meta establecida Cálculo de meta en consideraciones técnicas			<b>Polaridad</b>	Los Valores bajos son Buenos
<b>Requisito</b>	Seguimiento de grupos priorizados: Ley VALECH, RETTIG, PRAIS Servicio de Protección Especializada y SENAME				
<b>Exclusiones</b>	Este indicador no tiene exclusiones.				
<b>Fuente Numerador</b>	SIGTE		<b>Fuente Denominador</b>	SIGTE	
<b>Nivel de Aplicación</b>	Servicio de Salud				

#### Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
=100%	4 puntos
>=90%	3 puntos
>=80%	2 puntos
>=70%	1 punto

## Definición de Términos

Ídem al indicador anterior 3.3

## Consideraciones Técnicas

### Establecimiento de la meta de días a disminuir:

- Mediana  $X \leq 150$  días: la meta es mantener
- Mediana  $X \leq 200$  días: la meta es mantener, si aumenta se aplica la tabla de sensibilidad en base a su aumento.
- Mediana  $201 \geq X \leq 290$  días: la meta es reducir un 15%
- Mediana  $X \geq 290$  días: la meta es reducir un 30%

### Respecto del requisito:

Se incorporará un monitoreo de disminución de LE asociada a universos de grupos priorizados; En el caso de PRAIS se solicita el 70% de disminución del universo del 31 de diciembre de 2024; En el caso de la población a la población bajo el cuidado del Estado (EX SENAME) el 80% de los casos con una antigüedad igual o mayor a 180 días.

Desde la Unidad de análisis de información de DIGERA se enviará a cada referente de lista de espera de los Servicios de Salud, con copia a coordinadores PRAIS, las nóminas de personas en lista de espera, con las instrucciones para la resolución de los casos. Realizando un monitoreo trimestral del avance de la resolución del indicador; en conjunto con Depto. PRAIS MINSAL. Misma metodología se usará para la población SENAME y Ex-SENAME.

### 3.5 Disminución de la mediana de días de espera para intervenciones quirúrgicas.

#### Descripción del Indicador

Este indicador mide la reducción de la mediana de días de espera para intervenciones quirúrgicas, reflejando avances en la optimización del acceso a atención. Además, incorpora el seguimiento de personas pertenecientes a grupos prioritarios, incluyendo índices Valech, familiares Ley Rettig, índices exonerados, SENAME y Ex-SENAME.

Disminución de la mediana de días de espera para intervenciones quirúrgicas.					
DIGERA   Departamento de Análisis e Información para la Gestión					
<b>Objetivo del Indicador</b>	Disminuir los Tiempos de Espera para intervenciones quirúrgicas en el año 2025.				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	Días disminuidos de la mediana de espera para intervención quirúrgica / Meta de días comprometidos a disminuir				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	Sí	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Mensual
<b>Número de Decimales</b>	1 Decimal aproximado				
<b>Meta</b>	100% de la meta establecida Cálculo de meta en consideraciones técnicas			<b>Polaridad</b>	Los Valores bajos son Buenos
<b>Requisito</b>	Seguimiento de grupos priorizados: Ley VALECH, RETTIG, PRAIS Servicio de Protección Especializada y SENAME				
<b>Exclusiones</b>	Este indicador no tiene exclusiones.				
<b>Fuente Numerador</b>	SIGTE	<b>Fuente Denominador</b>	SIGTE		
<b>Nivel de Aplicación</b>	Servicios de Salud				

#### Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
=100%	4 puntos
>=90%	3 puntos
>=80%	2 puntos
>=70%	1 punto

## Definición de Términos

Ídem al indicador anterior 3.3 y 3.4

## Consideraciones Técnicas

### Establecimiento de la meta de días a disminuir:

- Mediana  $X \leq 150$  días: la meta es mantener
- Mediana  $X \leq 200$  días: la meta es mantener, si aumenta se aplica la tabla de sensibilidad en base a su aumento.
- Mediana  $201 \geq X \leq 290$  días: la meta es reducir un 15%
- Mediana  $X \geq 290$  días: la meta es reducir un 30%

### Respecto del requisito:

Se incorporará un monitoreo de disminución de LE asociada a universos de grupos priorizados; En el caso de PRAIS se solicita el 70% de disminución del universo del 31 de diciembre de 2024; En el caso de la población a la población bajo el cuidado del Estado (EX SENAME) el 80% de los casos con una antigüedad igual o mayor a 180 días.

Desde la Unidad de análisis de información de DIGERA se enviará a cada referente de lista de espera de los Servicios de Salud, con copia a coordinadores PRAIS, las nóminas de personas en lista de espera, con las instrucciones para la resolución de los casos. Realizando un monitoreo trimestral del avance de la resolución del indicador; en conjunto con Depto. PRAIS MINSAL. Misma metodología se usará para la población SENAME y Ex-SENAME.

### 3.6 Resolución de casos de lista de espera para consulta nueva de especialidad, con antigüedad sobre el percentil 75.

#### Descripción del Indicador

Este indicador mide el porcentaje de casos disminuidos de lista de espera para CNE, sobre el percentil 75. De acuerdo con línea base establecida al corte del 31 de diciembre de 2024.

Resolución de casos de lista de espera para consulta nueva de especialidad, con antigüedad sobre el percentil 75.					
DIGERA   Departamento de Gestión Ambulatoria y de Apoyo Diagnóstico					
<b>Objetivo del Indicador</b>	Resolver los casos de mayor antigüedad en lista de espera para consulta nueva de especialidad				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	(Número de casos resueltos de la Lista de Espera para CNE sobre el percentil 75 del corte del 31 de diciembre 2024 / Número total de casos en la Lista de Espera para CNE sobre el percentil 75 al corte del 31 de diciembre 2024)				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	Sí	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Mensual
<b>Número de Decimales</b>	1 Decimal aproximado				
<b>Meta</b>	Disminuir el 95,0% de los casos del percentil 75 de antigüedad.			<b>Polaridad</b>	Los Valores altos son Buenos
<b>Requisito</b>	Según el ordinario C2 N°272 (6-2-2025), sobre el envío de metas para la reducción de casos en la lista de espera no GES 2025, se debe garantizar un seguimiento y monitoreo efectivo, incorporando una perspectiva de género.				
<b>Exclusiones</b>	Este indicador no tiene exclusiones.				
<b>Fuente Numerador</b>	SIGTE		<b>Fuente Denominador</b>	SIGTE	
<b>Nivel de Aplicación</b>	Establecimientos de salud que cuentan con la cartera de servicio				

#### Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
>=95%	4 puntos
>=80%	3 puntos
>=70%	2 puntos
>=60%	1 punto

## Definición de Términos

- **Listas de Espera:** Es el registro con los casos de todas las personas que han recibido indicación de atención, sea esta para: consulta ambulatoria de especialidad médica u odontológica; realización de procedimiento en atención especializada; intervención quirúrgica mayor y/o menor programada. Las que deben ser otorgadas por un profesional autorizado para su ejercicio en la red asistencial, teniendo documentada la solicitud de atención 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:** Nombre que recibe el “Sistema Informático de Gestión de Tiempos de Espera”, provisto por MINSAL, y que contiene los datos de registro disponibles y en línea de las listas de Espera de consultas nuevas de especialidades médicas y odontológicas, de intervenciones quirúrgicas mayores y menores electivas, y otras que se definan.
- **Fecha de entrada:** 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 la causal de salida de la Lista de Espera de un paciente, definidas según Norma Técnica N°118 del año 2011 y sus actualizaciones.
- **Anualidad:** Término utilizado para referirse al año de entrada de los casos de las personas que se encuentran en listas de espera registradas en SIGTE.

## Consideraciones Técnicas

Se entregará línea de base y meta de resolución anual. Se consideran para evaluación egresos por todas las causales.

La totalidad de los registros adicionales que son producto de regularizaciones durante el año 2025, que corresponden a la meta de este Compromiso de Gestión y que no estaban contenidos en el universo línea de base, deberán quedar disminuidos en 100% para la evaluación final.

El calendario de corte de información será entregado dentro del primer semestre del año 2025.

La fuente oficial para trabajar estos indicadores es el SIGTE.

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.

Los traslados coordinados, los casos en casuales 3 y las postergaciones vigentes al cierre del trimestre, se descuentan específicamente en corte a evaluar.

Se realizará un monitoreo mensual en base a los registros y los resultados obtenidos.

### Requisito

- **Julio:** Reporte de Identificación de datos diferenciados por sexo, para cada Servicio de Salud.
- **Diciembre:** Documento por Servicio de Salud “Identificación y análisis por sexo de las 3 especialidades que presentan mayor número en lista de espera, (se excluye ginecología)”.

“La omisión en el envío de los requisitos se considerará un incumplimiento”.

### 3.7 Resolución de Lista de espera de consultas nuevas de especialidades médicas con destino APS en especialidades definidas.

#### Descripción del Indicador

Mide la reducción de casos en la lista de espera de consultas nuevas de especialidades médicas con destino APS, evaluando la capacidad de respuesta de las especialidades definidas. Se promueve la equidad en el acceso y tiempos de espera dignos para los pacientes.

Resolución de Lista de espera de consultas nuevas de especialidades médicas con destino APS en especialidades definidas.					
DIVAP   Departamento de Cuidados Integrales en Salud					
<b>Objetivo del Indicador</b>	Disminuir los casos en Lista de Espera para consultas nuevas de especialidades médicas con destino APS en especialidades definidas.				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	Casos disminuidos de la lista de espera de CNE médicas con destino APS en especialidades definidas* ingresados con fecha igual o anterior 31 de diciembre de año 2024 / Casos comprometidos a disminuir de la lista de espera de CNE médicas con destino APS en en especialidades definidas*				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	Sí	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Mensual
<b>Número de Decimales</b>	1 Decimal aproximado				
<b>Meta</b>	100% de la meta definida			<b>Polaridad</b>	Los Valores altos son Buenos
<b>Requisito</b>	No Tiene Requisito Definido.				
<b>Exclusiones</b>	APS sin exclusiones				
<b>Fuente Numerador</b>	SIGTE	<b>Fuente Denominador</b>	SIGTE		
<b>Nivel de Aplicación</b>	APS sin exclusiones				

Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
=100%	4 puntos
>=90%	3 puntos
>=80%	2 puntos
>=70%	1 punto

## Definición de Términos

- **Listas de Espera:** Es el registro con los casos de todas las personas que han recibido indicación de atención, sea esta para: consulta ambulatoria de especialidad médica u odontológica; realización de procedimiento en atención especializada; intervención quirúrgica mayor y/o menor programada. Las que deben ser otorgadas por un profesional autorizado para su ejercicio en la red asistencial, teniendo documentada la solicitud de atención 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:** Nombre que recibe el “Sistema Informático de Gestión de Tiempos de Espera”, provisto por MINSAL, y que contiene los datos de registro disponibles y en línea de las listas de Espera de consultas nuevas de especialidades médicas y odontológicas, de intervenciones quirúrgicas mayores y menores electivas, y otras que se definan.
- **Fecha de entrada:** 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 la causal de salida de la Lista de Espera de un paciente, definidas según Norma Técnica N°118 del año 2011 y sus actualizaciones.
- **Anualidad:** Término utilizado para referirse al año de entrada de los casos de las personas que se encuentran en listas de espera registradas en SIGTE.

## Consideraciones Técnicas

### Especialidades definidas:

- Oftalmología, Ginecología (Climaterio), Otorrinolaringología y Dermatología.
- Cada establecimiento debe revisar su oferta y redestinar a nivel de atención que corresponda en caso de no contar con la prestación demandada.

### 3.8 Resolución de casos de lista de espera para consulta nueva de especialidad odontológica, con antigüedad sobre el percentil 75

#### Descripción del Indicador

Este indicador mide el porcentaje de casos disminuidos de lista de espera para CNE odontológica sobre el percentil 75, de acuerdo a línea base establecida al corte del 31 de diciembre de 2024.

Resolución de casos de lista de espera para consulta nueva de especialidad odontológica, con antigüedad sobre el percentil 75				
DIGERA   Departamento de Gestión Ambulatoria y de Apoyo Diagnóstico				
<b>Objetivo del Indicador</b>	Resolver los casos de mayor antigüedad en lista de espera para consulta nueva de especialidad odontológica			
<b>Fórmula de Cálculo</b>	$\left( \frac{\text{Número de casos resueltos de la Lista de Espera para CNE odontológica (excluyendo ortodoncia) sobre el percentil 75 del corte del 31 de diciembre 2024}}{\text{Número total de casos en la Lista de Espera para CNE odontológica (excluyendo ortodoncia sobre el percentil 75 al corte del 31 de diciembre 2024)}} + \left( \frac{\text{Número de casos resueltos de la Lista de Espera para CNE de ortodoncia sobre el percentil 75 del corte del 31 de diciembre 2024}}{\text{Número total de casos en la Lista de Espera para CNE ortodoncia sobre el percentil 75 al corte del 31 de diciembre 2024}} \right) \right)$			
<b>Cuenta con Línea Base</b>	Sí	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>
<b>Número de Decimales</b>	1 Decimal aproximado			
<b>Meta</b>	Disminuir el 95,0% de los casos del percentil 75 de antigüedad.		<b>Polaridad</b>	Los Valores bajos son Buenos
<b>Requisito</b>	Según el ordinario C2 N°272 (6-2-2025), sobre el envío de metas para la reducción de casos en la lista de espera no GES 2025, se debe garantizar un seguimiento y monitoreo efectivo, incorporando una perspectiva de género.			
<b>Exclusiones</b>	Este indicador no tiene exclusiones.			
<b>Fuente Numerador</b>	SIGTE		<b>Fuente Denominador</b>	SIGTE
<b>Nivel de Aplicación</b>	Establecimientos que cuentan con la cartera de servicio			

#### Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
>=95%	4 puntos
>=80%	3 puntos
>=70%	2 puntos
>=60%	1 punto

## Definición de Términos

- **Listas de Espera:** Es el registro con los casos de todas las personas que han recibido indicación de atención, sea esta para: consulta ambulatoria de especialidad médica u odontológica; realización de procedimiento en atención especializada; intervención quirúrgica mayor y/o menor programada. Las que deben ser otorgadas por un profesional autorizado para su ejercicio en la red asistencial, teniendo documentada la solicitud de atención 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:** Nombre que recibe el “Sistema Informático de Gestión de Tiempos de Espera”, provisto por MINSAL, y que contiene los datos de registro disponibles y en línea de las listas de Espera de consultas nuevas de especialidades médicas y odontológicas, de intervenciones quirúrgicas mayores y menores electivas, y otras que se definan.
- **Fecha de entrada:** 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 la causal de salida de la Lista de Espera de un paciente, definidas según Norma Técnica N°118 del año 2011 y sus actualizaciones.
- **Anualidad:** Término utilizado para referirse al año de entrada de los casos de las personas que se encuentran en listas de espera registradas en SIGTE.

## Consideraciones Técnicas

Se entregará línea de base y meta de resolución anual. Se consideran para evaluación egresos por todas las causales.

La totalidad de los registros adicionales que son producto de regularizaciones durante el año 2025, que corresponden a la meta de este Compromiso de Gestión y que no estaban contenidos en el universo línea de base, deberán quedar disminuidos en 100% para la evaluación final.

El calendario de corte de información será entregado dentro del primer semestre del año 2025.

La fuente oficial para trabajar estos indicadores es el SIGTE.

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.

Los traslados coordinados, los casos en casuales 3 y las postergaciones vigentes al cierre del trimestre, se descuentan específicamente en corte a evaluar.

Se realizará un monitoreo mensual en base a los registros y los resultados obtenidos.

### Requisito

- **Julio:** Reporte de Identificación de datos diferenciados por sexo, para cada Servicio de Salud.
- **Diciembre:** Documento por Servicio de Salud “Identificación y análisis por sexo de las 3 especialidades que presentan mayor número en lista de espera”.

“La omisión en el envío de los requisitos se considerará un incumplimiento”.

### 3.9 Resolución de Lista de espera de especialidades odontológicas de endodoncia, prótesis removible y periodoncia en atención primaria de salud.

#### Descripción del Indicador

Evalúa los egresos de lista de espera de las especialidades de endodoncia, prótesis removible y periodoncia, realizados por APS. Refleja la gestión de APS en la resolución de casos mediante los recursos que se otorgan vía PRAPS, considerando además criterio de antigüedad.

Resolución de Lista de espera de especialidades odontológicas de endodoncia, prótesis removible y periodoncia en atención primaria de salud.					
DIVAP   Departamento de Cuidados Integrales en Salud					
<b>Objetivo del Indicador</b>	Resolver casos en espera de atención de Especialidad Odontológica ingresados a Sistema Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE), mediante utilización de Programas de Reforzamiento Odontológico, estrategias locales en Atención y/o gestión en atención Primaria				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	Casos egresados por APS en odontología (endodoncia, prótesis removible y periodoncia) ingresados a LE desde 2024 hacia atrás / Capacidad resolutive vía PRAPS comprometida.				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	Sí	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Mensual
<b>Número de Decimales</b>	1 Decimal aproximado				
<b>Meta</b>	100% del cumplimiento de la meta comprometida por cada Servicios de Salud.			<b>Polaridad</b>	Los Valores altos son Buenos
<b>Requisito</b>	No Tiene Requisito Definido.				
<b>Exclusiones</b>	Este indicador no tiene exclusiones.				
<b>Fuente Numerador</b>	SIGTE		<b>Fuente Denominador</b>	LOCAL	
<b>Nivel de Aplicación</b>	APS municipal, APS dependiente SS, posta rural con APS y Hospital Comunitario que reciba financiamiento vía PRAPS.				

#### Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
=100%	4 puntos
>=75%	3 puntos
>=50%	2 puntos
>=25%	1 punto

## Definición de Términos

- **LE:** Lista de Espera.
- **PRAPS:** Programa de Reforzamiento de la APS.
- **Capacidad de resolución:** capacidad de egresar casos de LE con los recursos asignados vía PRAPS.

## Consideraciones Técnicas

Los egresos se evalúan por el establecimiento que otorga (debe ser de APS) y se consideran todas las causales de egreso.

Se consideran egresos válidos para los casos que ingresaron a lista de espera hasta el 31 de diciembre del 2024.

Los egresos son los que se reportan vía SIGTE, para las especialidades de endodoncia código SIGTE 09 003, prótesis removible código SIGTE 09 011 y periodoncia código SIGTE 09 010.

Las metas son diferenciadas por Servicios de Salud.

### 3.10 Resolución de lista de espera, sobre el percentil 75, de intervenciones quirúrgicas mayores y menores.

#### Descripción del Indicador

Este indicador mide el porcentaje de casos disminuidos de lista de espera para intervenciones quirúrgicas mayores y menores, sobre el percentil 75, de acuerdo con línea base establecida al corte del 31 de diciembre de 2024.

Resolución de lista de espera, sobre el percentil 75, de intervenciones quirúrgicas mayores y menores.					
DIGERA   Departamento de Análisis e Información para la Gestión					
<b>Objetivo del Indicador</b>	Resolver los casos de mayor antigüedad en lista de espera para intervenciones quirúrgicas mayores y menores				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	(Número de casos disminuidos de la Lista de Espera de intervenciones quirúrgicas electivas mayores y menores sobre el percentil 75 del corte del 31 de diciembre 2024 / Número total de casos en la Lista de Espera de intervenciones quirúrgicas electivas mayores y menores sobre el percentil 75 al corte del 31 de diciembre 2024)				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	Sí	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Mensual
<b>Número de Decimales</b>	1 Decimal aproximado				
<b>Meta</b>	Disminuir el 95,0% de los casos del percentil 75 de antigüedad.			<b>Polaridad</b>	Los Valores altos son Buenos
<b>Requisito</b>	Según el ordinario C2 N°272 (6-2-2025), sobre el envío de metas para la reducción de casos en la lista de espera no GES 2025, se debe garantizar un seguimiento y monitoreo efectivo, incorporando una perspectiva de género.				
<b>Exclusiones</b>	Este indicador no tiene exclusiones.				
<b>Fuente Numerador</b>	SIGTE		<b>Fuente Denominador</b>	SIGTE	
<b>Nivel de Aplicación</b>	Servicio de Salud				

Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
>=95%	4 puntos
>=80%	3 puntos
>=70%	2 puntos
>=60%	1 punto

## Definición de Términos

- **Listas de Espera:** Es el registro con los casos de todas las personas que han recibido indicación de atención, sea esta para: consulta ambulatoria de especialidad médica u odontológica; realización de procedimiento en atención especializada; intervención quirúrgica mayor y/o menor programada. Las que deben ser otorgadas por un profesional autorizado para su ejercicio en la red asistencial, teniendo documentada la solicitud de atención 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:** Nombre que recibe el “Sistema Informático de Gestión de Tiempos de Espera”, provisto por MINSAL, y que contiene los datos de registro disponibles y en línea de las listas de Espera de consultas nuevas de especialidades médicas y odontológicas, de intervenciones quirúrgicas mayores y menores electivas, y otras que se definan.
- **Fecha de entrada:** 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 la causal de salida de la Lista de Espera de un paciente, definidas según Norma Técnica N°118 del año 2011 y sus actualizaciones.
- **Anualidad:** Término utilizado para referirse al año de entrada de los casos de las personas que se encuentran en listas de espera registradas en SIGTE.

## Consideraciones Técnicas

Se entregará línea de base y meta de resolución anual. Se consideran para evaluación egresos por todas las causales.

La totalidad de los registros adicionales que son producto de regularizaciones durante el año 2025, que corresponden a la meta de este Compromiso de Gestión y que no estaban contenidos en el universo línea de base, deberán quedar disminuidos en 100% para la evaluación final.

El calendario de corte de información será entregado dentro del primer semestre del año 2025.

La fuente oficial para trabajar estos indicadores es el SIGTE.

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.

Los traslados coordinados, los casos en casuales 3 y las postergaciones vigentes al cierre del trimestre, se descuentan específicamente en corte a evaluar.

Se realizará un monitoreo mensual en base a los registros y los resultados obtenidos.

### Requisito

- **Julio:** Reporte de Identificación de datos diferenciados por sexo, para cada Servicio de Salud.
- **Diciembre:** Documento por Servicio de Salud “Identificación y análisis por sexo de las 3 especialidades que presentan mayor número en lista de espera, (se excluye ginecología)”.

“La omisión en el envío de los requisitos se considerará un incumplimiento”.

### 3.11 Resolución de Lista de espera por intervenciones quirúrgicas menores electivas en establecimientos de baja complejidad al 31 de diciembre 2024.

#### Descripción del Indicador

Mide la reducción de casos en la lista de espera de intervenciones quirúrgicas menores, evaluando la capacidad de respuesta. Se promueve la equidad en el acceso y tiempos de espera dignos para los pacientes.

Resolución de Lista de espera por intervenciones quirúrgicas menores electivas en establecimientos de baja complejidad al 31 de diciembre 2024.					
DIVAP   Departamento de Cuidados Integrales en Salud					
<b>Objetivo del Indicador</b>	Disminuir los casos en Lista de Espera para intervenciones quirúrgicas menores electivas en establecimientos de baja complejidad.				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	(Número de casos disminuidos 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 2024 / Número total de casos comprometidos a disminuir)				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	Sí	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Mensual
<b>Número de Decimales</b>	1 Decimal aproximado				
<b>Meta</b>	100% de la meta definida.			<b>Polaridad</b>	Los Valores altos son Buenos
<b>Requisito</b>	No Tiene Requisito Definido.				
<b>Exclusiones</b>	No tiene				
<b>Fuente Numerador</b>	SIGTE	<b>Fuente Denominador</b>	SIGTE		
<b>Nivel de Aplicación</b>	establecimientos APS dependientes y municipales				

#### Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
=100%	4 puntos
>=90%	3 puntos
>=80%	2 puntos
>=70%	1 punto

## Definición de Términos

- **Listas de Espera:** Es el registro con los casos de todas las personas que han recibido indicación de atención, sea esta para: consulta ambulatoria de especialidad médica u odontológica; realización de procedimiento en atención especializada; intervención quirúrgica mayor y/o menor programada. Las que deben ser otorgadas por un profesional autorizado para su ejercicio en la red asistencial, teniendo documentada la solicitud de atención 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:** Nombre que recibe el “Sistema Informático de Gestión de Tiempos de Espera”, provisto por MINSAL, y que contiene los datos de registro disponibles y en línea de las listas de Espera de consultas nuevas de especialidades médicas y odontológicas, de intervenciones quirúrgicas mayores y menores electivas, y otras que se definan.
- **Fecha de entrada:** 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 la causal de salida de la Lista de Espera de un paciente, definidas según Norma Técnica N°118 del año 2011 y sus actualizaciones.
- **Anualidad:** Término utilizado para referirse al año de entrada de los casos de las personas que se encuentran en listas de espera registradas en SIGTE.

## Consideraciones Técnicas

Cada servicio debe revisar su oferta para redestinar a nivel que corresponde, en caso de no contar con la prestación que se demanda.

## **Compromiso de Gestión 4: Optimizar la gestión de recursos humanos y financieros.**

### Objetivo estratégico

*“Mejorar la planificación y uso eficiente de los recursos humanos y financieros en la red asistencial, asegurando su disponibilidad, distribución equitativa y sustentabilidad en el tiempo para garantizar una atención de calidad, en ambientes laborales libres de violencia”.*

### Contexto

El fortalecimiento de la red asistencial en Chile requiere una gestión estratégica que optimice los recursos humanos y financieros, asegurando su distribución equitativa y sustentabilidad. Este enfoque está alineado con políticas públicas como la Ley N° 19.937 sobre Autoridad Sanitaria y Gestión, la Política Nacional de Salud y los Objetivos Sanitarios 2030. Además, se busca garantizar ambientes laborales libres de violencia, promoviendo el bienestar del personal de salud y la calidad de la atención.

### Planificación y uso eficiente de los recursos

La planificación presupuestaria y el seguimiento de costos de producción son esenciales para garantizar la eficiencia financiera en la red asistencial. Este proceso está regulado por la Dirección de Presupuestos (DIPRES) del Ministerio de Hacienda y permite identificar áreas de mejora en la asignación de recursos, asegurando su uso sustentable y equitativo, es por lo anterior que el seguimiento y monitoreo del cumplimiento de los informes de planificación presupuestaria y seguimiento de los costos de producción, contribuyen a garantizar la eficiencia financiera de la red.

Por otro lado, el uso del Sistema de Gestión de Costos (SIGCOM) permite monitorear y evaluar el desempeño financiero de los establecimientos hospitalarios. La validación de reportes cubo 9 asegura la transparencia y eficiencia en la gestión de recursos, contribuyendo a la sustentabilidad del sistema, por lo que se impulsa a través de la medición de los Establecimientos hospitalarios con reportes cubo 9 de SIGCOM validados.

Por último y con el fin de disponer de equipamiento médico, infraestructura, ambulancias y equipos industriales en buenas condiciones, es que la implementación y ejecución de planes de mantenimiento preventivo asegura la continuidad operativa de los equipos críticos, reduciendo costos asociados a reparaciones y fallas, lo que se medirá a través del indicador de ejecución del Plan anual de mantenimiento preventivo de equipos médicos, infraestructura, ambulancias y equipos industriales.

### Gestión de Riesgo de Desastres en la Red Asistencial

La gestión del riesgo de desastres en hospitales fortalece la resiliencia del sistema de salud, garantizando la continuidad de los servicios en situaciones de emergencia. Este enfoque está respaldado por la Ley N° 21.364, que establece el Sistema Nacional de Prevención y Respuesta ante Desastres, por lo que se medirá a los Hospitales con implementación de Gestión del Riesgo de Desastres.

### Seguridad de la información y ciberseguridad

La protección de la información y la ciberseguridad son fundamentales para garantizar la confidencialidad y disponibilidad de los datos en la red asistencial. Este esfuerzo está alineado con estándares internacionales y guías técnicas del Ministerio de Salud, por lo que se medirá la implementación de controles críticos de seguridad de la información y ciberseguridad.

La evaluación de concordancia entre los sistemas SIDRA y REM asegura la calidad y consistencia de los datos clínicos, optimizando la planificación y gestión de recursos en la red asistencial. Este proceso busca identificar los procesos clínicos que cumplen con la evaluación de concordancia SIDRA-REM.

### Recursos humanos en salud

El personal de salud es fundamental para el funcionamiento y la efectividad del sistema de salud, el monitoreo del ausentismo laboral permite identificar factores que afectan la productividad y el bienestar del personal de salud, el seguimiento del ausentismo a través del índice de ausentismo laboral por Licencia médica curativa permite implementar estrategias de prevención y apoyo biopsicosocial en el personal de salud. Además, este año se agrega la confección de un plan de ausentismo con enfoque de género. Este enfoque busca reconocer y abordar las diferencias en los factores que inciden en el ausentismo laboral entre hombres y mujeres, considerando variables como la doble carga laboral, las responsabilidades de cuidado y las condiciones particulares de trabajo. La implementación de un plan con perspectiva de género permitirá desarrollar estrategias de apoyo más equitativas, promoviendo un ambiente laboral inclusivo y con mayores oportunidades para todos los trabajadores de la salud.

El control del gasto en convenios con personal naturales asegura la eficiencia financiera y la correcta asignación de recursos en la red asistencial. El Índice del gasto en convenio con personas naturales respecto a la glosa autorizada vigente, se vincula a los lineamientos de la Subsecretaría de Redes Asistenciales y el Ministerio de Hacienda para evaluar la eficiencia del gasto y si se está cumpliendo lo previsto.

En el contexto del convenio 190 de la OIT, sobre violencia y acoso en el trabajo, el seguimiento de los Procedimientos disciplinarios por VALS cerrados en los plazos estipulados por ley garantiza la transparencia y el respeto al debido proceso, contribuyendo al respeto de los derechos del personal de salud.

Indicadores:

- 4.1 Cumplimiento de los informes de planificación presupuestaria y seguimiento de los costos de producción.
- 4.2 Establecimientos hospitalarios con reportes cubo 9 de SIGCOM validados.
- 4.3 Implementación de controles críticos de seguridad de la información y ciberseguridad.
- 4.4 Procesos clínicos que cumplen con la evaluación de concordancia SIDRA-REM de las atenciones médicas de los procesos de atención abierta, cerrada y urgencia
- 4.5 Índice del gasto en convenio con personas naturales respecto a la glosa autorizada vigente.
- 4.6 Índice de ausentismo laboral por Licencia médica curativa
- 4.7 Procedimientos disciplinarios por violencia, acoso laboral y sexual cerrados en los plazos estipulados por ley.
- 4.8 Ejecución del Plan anual de mantenimiento preventivo de equipos médicos, infraestructura, ambulancias, equipos industriales
- 4.9 Hospitales con implementación de Gestión del Riesgo de Desastres

## 4.1 Cumplimiento de los informes de planificación presupuestaria y seguimiento de los costos de producción.

### Descripción del Indicador

Este indicador mide la elaboración y entrega de informes presupuestarios y de costeo por parte de los Servicios de Salud, considerando tres hitos anuales.

Cumplimiento de los informes de planificación presupuestaria y seguimiento de los costos de producción.					
PRESUPUESTO   Departamento de Gestión Presupuestaria					
<b>Objetivo del Indicador</b>	Evaluar el grado de cumplimiento de los Servicios de Salud en la entrega de informes de planificación presupuestaria, considerando oportunidad, completitud y calidad técnica, para fortalecer la toma de decisiones y la asignación eficiente de recursos.				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	$(Entrega\ Informe\ I * 0,4) + (Entrega\ Informe\ II * 0,3) + (Entrega\ Informe\ III * 0,3)$				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	No	<b>Unidad de Medida</b>	Número	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Trimestral
<b>Número de Decimales</b>	1 Decimal aproximado				
<b>Meta</b>	100,0% de cumplimiento en oportunidad, formato y calidad de los informes de planificación presupuestaria de los Servicios de Salud.			<b>Polaridad</b>	Los Valores altos son Buenos
<b>Requisito</b>	No Tiene Requisito Definido.				
<b>Exclusiones</b>	Excluye CRS Maipú y CRS Cordillera				
<b>Fuente Numerador</b>	LOCAL	<b>Fuente Denominador</b>	LOCAL		
<b>Nivel de Aplicación</b>	Servicios de Salud				

Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
>=100%	4 puntos
>=80%	3 puntos
>=70%	2 puntos
>=60%	1 punto

## Definición de Términos

- **Planificación Presupuestaria:** Proceso de estimación de gastos directos e indirectos de los establecimientos y los Servicios de Salud, la cual es utilizada por los directivos de distintos niveles y entidades, para estimar los recursos necesarios para la continuidad operacional. **Deuda de arrastre:** Obligaciones pendientes de pago correspondientes a ejercicios presupuestarios anteriores que no fueron regularizadas en su periodo de origen.
- **SIGFE:** Sistema de Información para la Gestión Financiera del Estado. Plataforma oficial de registro, ejecución y seguimiento presupuestario de las instituciones públicas.
- **SIGCOM:** Sistema de Información para la Gestión de Compras. Plataforma del Ministerio de Salud que permite registrar y monitorear adquisiciones públicas.
- **DEIS:** Departamento de Estadísticas e Información en Salud. Encargado de consolidar la producción estadística oficial del sector salud.
- **Subtítulo 22:** Clasificación presupuestaria correspondiente a Bienes y Servicios de Consumo. Incluye gastos operacionales como insumos, arriendos, servicios básicos, etc.

## Consideraciones Técnicas

Los objetivos específicos se centran en garantizar la eficiencia y calidad de los informes presupuestarios, supervisando su entrega oportuna, verificación de completitud y evaluación técnica. Además, buscan fortalecer la planificación mediante herramientas de mejora continua, fomentar la articulación entre lo clínico y lo administrativo, y optimizar la gestión de recursos a través del monitoreo de costos con SIGCOM.

Conforme a lo instruido mediante el Ordinario N°322. Este instrumento contempla tres hitos de evaluación distribuidos en los meses de marzo, junio y septiembre, con ponderaciones respectivas de 40%, 30% y 30%, y se estructura en torno a cinco criterios técnicos: Entrega oportuna, Formato ejecutivo, Completitud de los datos, Consistencia con fuente de información y Análisis cualitativo del contenido, ponderados en 10%, 10%, 10%, 30% y 40% respectivamente.

**Entrega oportuna (10%):** Evalúa si el informe fue recepcionado dentro del plazo oficial definido en las orientaciones COMGES, si existe respaldo documentado de dicha recepción, y si no fue solicitada o no se aprobó una prórroga formal.

**Formato ejecutivo (10%):** Verifica que el contenido esté presentado de forma concisa, que los elementos analizados sean pertinentes al objetivo del informe y que no existan redundancias o desvíos respecto al foco solicitado.

**Completitud de datos (10%):** Confirma que el informe aborde todos los componentes exigidos por la pauta técnica del MINSAL, que no existan vacíos críticos en secciones relevantes, y que la información esté debidamente sustentada con cifras, tablas o explicaciones. Asimismo, se considera si fueron utilizadas todas las pestañas o ítems requeridos en la estructura metodológica.

**Consistencia con fuente de información (30%):** La evaluación se basa en el número y tipo de errores encontrados, la alineación de los datos con fuentes oficiales verificables (SIGFE y SIGCOM), y la existencia de respaldo y trazabilidad.

Análisis cualitativo del contenido(40%): Se aplican criterios que permiten calificar la profundidad y calidad del análisis técnico entregado, incluyendo aspectos como la incorporación de datos históricos, la comparación de gasto entre años, la identificación de factores que afectan la planificación, el desglose de deuda de arrastre, la presentación de medidas de austeridad, y el análisis detallado de componentes críticos como arriendos, servicios básicos, alimentación, medicamentos, y compras externas.

**Plazos:**

- Informe I: entrega en marzo (ya fue entregado por línea de la referencia técnica)
- Informe II: entrega en junio
- Informe III: entrega en septiembre

## 4.2 Establecimientos hospitalarios con reportes cubo 9 de SIGCOM validados.

### Descripción del Indicador

El indicador busca velar por la reportabilidad oportuna y de calidad en el 100% de los establecimientos que cuentan con el sistema de costos implementado, con la finalidad de obtener información de los costos de producción de la actividad hospitalaria por cada mes del año y con esto realizar los análisis, informes y toma de decisiones correspondientes. Cada establecimiento debe reportar el cubo9 por cada mes del año, es decir deben contar con 12 reportes validados para obtener la aprobación del indicador.

Establecimientos hospitalarios con reportes cubo 9 de SIGCOM validados.					
PRESUPUESTO   Departamento de Gestión Presupuestaria					
<b>Objetivo del Indicador</b>	Garantizar una reportabilidad precisa, oportuna y de alta calidad en el 100% de los establecimientos.				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	Número de establecimientos con reportes cubo 9 validados en SIGCOM en el periodo / Total establecimientos hospitalarios del Servicio de Salud con sistema SIGCOM implementado a diciembre año 2024				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	Sí	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Mensual
<b>Número de Decimales</b>	1 Decimal aproximado				
<b>Meta</b>	100% de establecimientos con reportes cubo 9 validado.			<b>Polaridad</b>	Los Valores altos son Buenos
<b>Requisito</b>	No Tiene Requisito Definido.				
<b>Exclusiones</b>	Este indicador no tiene exclusiones.				
<b>Fuente Numerador</b>	SIGCOM		<b>Fuente Denominador</b>	SIGCOM	
<b>Nivel de Aplicación</b>	Está dirigido a todos los establecimientos de alta, mediana y baja complejidad que tienen implementado el sistema de costos a diciembre 2024.				

### Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
= 100%	4 puntos

## Definición de Términos

- **Manual:** documento que contiene todas las reglas del sistema y descripción de la plataforma y cómo se realiza la carga en ésta.
- **Cubo 9:** archivo Excel con gastos y cálculo de costos que entrega el sistema SIGCOM una vez que el establecimiento carga los 5 archivos requeridos. Validación de reporte: corresponde a la aprobación de oportunidad y calidad que otorga MINSAL, luego de revisar reporte cubo 9 del mes correspondiente.
- **Gastos:** se obtienen del Cubo 9, reporte alimentado por la información subida por cada establecimiento.
- **REM:** resúmenes estadísticos mensuales.

## Consideraciones Técnicas

La **oportunidad** consiste en la entrega del cubo9 de acuerdo al calendario mensual establecido (correspondiente al último día hábil del mes siguiente). La **calidad** consiste en la aprobación completa de la pauta establecida, la cual se indica en el manual de costos vigente.

### 4.3 Implementación de controles críticos de seguridad de la información y ciberseguridad.

#### Descripción del Indicador

Evaluar la implementación y efectividad de los controles críticos en áreas relevantes de seguridad de la información, definidos según la Norma NCh-ISO 27002 versión 2022 y controles específicos, acerca de las brechas identificadas en el “Diagnóstico de Seguridad 2024”.

Implementación de controles críticos de seguridad de la información y ciberseguridad.					
GABINETE MINISTRO(A)   Departamento de Tecnologías de Información y Comunicaciones					
<b>Objetivo del Indicador</b>	Implementar controles críticos de seguridad de la información y ciberseguridad para fortalecer la continuidad operativa de los procesos esenciales en el sector salud, asegurando la protección y disponibilidad de los activos críticos en los Servicios				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	Número de controles críticos implementados correctamente/ Número total de controles críticos definidos				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	No	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Semestral
<b>Número de Decimales</b>	1 Decimal aproximado				
<b>Meta</b>	80% de controles críticos implementados correctamente.			<b>Polaridad</b>	Los Valores altos son Buenos
<b>Requisito</b>	No Tiene Requisito Definido.				
<b>Exclusiones</b>	Este indicador no tiene exclusiones.				
<b>Fuente Numerador</b>	LOCAL	<b>Fuente Denominador</b>	LOCAL		
<b>Nivel de Aplicación</b>	100% de los Servicios de Salud y sus Hospitales de Alta Complejidad				

**Tabla de sensibilidad**

Cumplimiento	Puntaje
>=80%	4 puntos

## Definición de Términos

Para los efectos de la aplicación de este documento, los términos que a continuación se señalan tendrán el significado que se indica:

- **Ciberseguridad:** protección de la información, redes y sistemas ante amenazas digitales.
- **Ciberataque:** intento de acceso, alteración o destrucción no autorizada de información.
- **Confidencialidad:** garantía de que la información solo está disponible para usuarios autorizados.
- **Resiliencia:** capacidad de sistemas para mantenerse operativos y recuperarse tras incidentes.
- **Gestión de incidentes:** procedimientos para detectar, manejar y resolver amenazas de seguridad.
- \*Otras definiciones relevantes del indicador se encuentran en las Orientaciones Técnicas.

## Consideraciones Técnicas

La medición es anual considerando el periodo Enero a Diciembre; El envío y/o actualización fuera de plazo de cualquiera de los verificadores implica el no cumplimiento de la meta; Se podrán considerar Resoluciones Exentas año 2024 siempre y cuando cumplan con la Orientación Técnica, sobre los medios de verificación establecidos para políticas y procedimientos; Los medios de verificación que se envíen incompletos no serán considerados en la evaluación; Formaran parte del universo de establecimientos a considerar aquellos informados en producción durante el año 2024 por DEIS; 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; El indicador se considerará aprobado, si la suma del cumplimiento de los ponderadores asignados a cada Medio de Verificación alcanza o supera el 80%.

#### 4.4 Procesos clínicos que cumplen con la evaluación de concordancia SIDRA-REM de las atenciones médicas de los procesos de atención abierta, cerrada y urgencia.

##### Descripción del Indicador

Este indicador busca que exista una concordancia de un 98% entre los Registros Clínicos Electrónicos (RCE) de cada proceso y establecimiento comprometido por los Servicios de Salud respecto a lo informado a DEIS para esos mismos procesos y establecimientos a través de los REM.

Procesos clínicos que cumplen con la evaluación de concordancia SIDRA-REM de las atenciones médicas de los procesos de atención abierta, cerrada y urgencia.					
GABINETE MINISTRO(A)   Departamento de Tecnologías de Información y Comunicaciones					
<b>Objetivo del Indicador</b>	Fortalecer la estrategia SIDRA mediante equipos interdisciplinarios que impulsen la implementación y uso de los sistemas de RCE en los establecimientos de salud, asegurando la calidad y completitud de los registros a través de procesos de validación de datos.				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	Total de procesos clínicos que cumplen umbral del $\geq 98,0\%$ de concordancia / Total de procesos clínicos evaluados				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	No	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Trimestral
<b>Número de Decimales</b>	Entero sin decimales				
<b>Meta</b>	98% concordancia de los procesos clínicos (SIDRA – REM)			<b>Polaridad</b>	Los Valores altos son Buenos
<b>Requisito</b>	No Tiene Requisito Definido.				
<b>Exclusiones</b>	Este indicador no tiene exclusiones.				
<b>Fuente Numerador</b>	LOCAL	<b>Fuente Denominador</b>	REM		
<b>Nivel de Aplicación</b>	Establecimientos de Salud incluidos en Estrategia SIDRA				
<b>Nivel de Aplicación</b>	Establecimientos de Salud incluidos en Estrategia SIDRA				

Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
$\geq 98\%$	4 puntos
$\geq 92\%$	3 puntos
$\geq 86\%$	2 puntos
$\geq 80\%$	1 punto

## Definición de Términos

- **Estrategia SIDRA:** Sistema de Información de la Red Asistencial
- **REM:** Resúmenes Estadísticos Mensuales
- **Concordancia SIDRA - REM:** comparación entre los registros clínicos electrónicos (RCE) informados por el Servicio de Salud para un determinado establecimiento y proceso con lo informado por DEIS a través de
- **REM -RCE:** Registro Clínico Electrónico
- **TIC:** Tecnología de la Información y Telecomunicaciones -SS: Servicio de Salud

## Consideraciones Técnicas

El envío y/o actualización fuera de plazo de cualquiera de los verificadores implica el no cumplimiento de la meta.

Los medios de verificación que se envíen incompletos no serán considerados en la evaluación.

La Información asociada al REM será entregada directamente por DEIS MINSAL a TIC MINSAL.

Formaran parte del universo de establecimientos a considerar aquellos informados en producción durante el año 2024.

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.

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.

**Fórmula para evaluar concordancia de las atenciones médicas realizadas por proceso, en cada Servicio de Salud:**

(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) \* 100%

#### 4.5 Índice del gasto en convenio con personas naturales respecto a la glosa autorizada vigente.

##### Descripción del Indicador

Este indicador cuantifica el ajuste del gasto en honorarios médicos y no médicos del periodo a la glosa vigente respectiva.

Índice del gasto en convenio con personas naturales respecto a la glosa autorizada vigente.					
DIGEDEP   Departamento de Gestión Normativa y Presupuestaria					
Objetivo del Indicador	Ajustar el gasto en honorarios médicos y no médicos al marco presupuestario autorizado.				
Fórmula de Cálculo	$\frac{\text{Gasto en convenio con personas naturales no médicos} + \text{Gasto en convenio con personas naturales médicos}}{\text{Glosa en convenio con personas naturales no médicos} + \text{Glosa en convenio con personas naturales médicos}}$				
Cuenta con Línea Base	No	Unidad de Medida	Número	Periodicidad de Monitoreo	Mensual
Número de Decimales	2 Decimal Aproximado				
Meta	≤1,00			Polaridad	Los Valores bajos son Buenos
Requisito	Consistencia del registro entre SIGFE/SIRH				
Exclusiones	En el requisito de la Consistencia del registro entre SIRH y SIGFE, durante el primer semestre se excluyen los Establecimientos que no pagan remuneraciones a través de SIRH.				
Fuente Numerador	SIGFE	Fuente Denominador	SIGFE		
Nivel de Aplicación	Aplica a todos los establecimientos de los SERVICIOS DE SALUD				

##### Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
= 1	4 puntos

## Definición de Términos

- **SIGFE**= Sistema de Información para la Gestión Financiera del estado
- **SIRH**= Sistema de Información de Recursos Humanos
- **RESOLUCIÓN EXENTA DEL SERVICIO DE SALUD**= Dictada por el Director de Servicio de Salud, en donde distribuye glosa de Honorarios Médicos y no Médicos a los establecimientos, al cierre del ejercicio presupuestario del año.
- **SUBTÍTULO 21**= Comprende los gastos por concepto de remuneraciones, aportes del empleador y otros gastos relativos al personal.
- **GLOSA**= Regulan o establece precisiones o limitaciones al alcance de los gastos contemplados en cada partida.
- **GLOSA AUTORIZADA VIGENTE**= Esta glosa permite la contratación de personal a honorarios hasta el límite establecido por el presupuesto autorizado. Es una herramienta importante para la gestión de recursos humanos en el sector salud, asegurando que las contrataciones se realicen dentro de los parámetros financieros aprobados.
- **CONSISTENCIA DEL REGISTRO ENTRE SIFGE Y SIRH**= Se refiere a la sincronización y precisión de los datos entre el Sistema de Información para la Gestión Financiera del estado (SIFGE) y el Sistema de Información de Recursos Humanos (SIRH). Esta consistencia es esencial para asegurar que la información financiera y de Recursos humanos sea coherente y esté actualizada en ambos sistemas.
- **INFORME CON PROGRAMA DE IMPLEMENTACIÓN MODULO HONORARIOS SIRH**= Documento con detalle de pasos y procedimiento realizados o a realizar para operar con el módulo de Honorarios de SIRH (Como capacitación al personal, Cierre de periodos anteriores, entre otros. Etc.).

## Consideraciones Técnicas

La glosa para honorarios médicos y no médicos de cada establecimiento será distribuida a través de resolución exenta del director del Servicio de Salud correspondiente.

El gasto total de honorarios asimilados a las leyes N°18.834, N°15.076 y/o N°19.664, está considerado en el subtítulo presupuestario 21-03-001.

Para efectos de la evaluación, se comparará mensualmente el gasto total de honorarios médicos y no médicos con la glosa vigente o en trámite, respectivamente.

Requisito: consistencia entre el gasto en SIRH vs SIFGE

1.- Para los Establecimientos que están utilizando el pago a través Modulo de Honorarios

- I.- Se entiende por consistencia, si el pago efectivo de honorarios Sub. 21 realizado a través del SIRH es consistente con el registro en SIGFE al menos en un 70%.
- II.- La consistencia se medirá a través de un informe trimestral por cada establecimiento, que debe contener:

Cuadro resumen de consistencias:

- Fuente de Información
- Mes 1 Mes 2 Mes 3 Total Trimestre
- Gasto SIRH
- Gasto SIGFE
- Consistencia (SIGFE/SIRH) \*100

Reporte de análisis de diferencias, donde debe indicar y explicar las diferencias nominales, es decir, que funcionarios y por qué motivo no son consistente entre los sistemas de registro, ya sea por oportunidad del procesamiento de la información declaración u otro de conocimiento del establecimiento.

2.- Para aquellos establecimientos que no utilizan el SIRH se les evaluará la consistencia de la siguiente forma durante el primer semestre:

- I.- Se entiende por consistencia, si el pago efectivo de honorarios Sub. 21 realizado en forma local es consistente con el registro en SIGFE al menos en un 95%.
- II.- La consistencia se medirá a través de un informe trimestral por cada establecimiento, que debe contener:
  - a) Cuadro resumen de consistencias:
    - Fuente de Información
    - Mes 1 Mes 2 Mes 3 Total Trimestre
    - Gasto Nomina Local
    - Gasto SIGFE
    - Consistencia (SIGFE/Nomina Local) \* 100
  - b) Nómina de personal pagada mediante sistema local, de acuerdo con el formato, que será enviado por el Departamento de Sistemas de Información de personas en salud (SIRH). Se solicita a cada referente enviar datos de contactabilidad al correo [uri.hidalgo@Minsal.cl](mailto:uri.hidalgo@Minsal.cl) para compartir el formato y el cuadro resumen de consistencias.
  - c) Reporte de análisis de diferencias, donde debe indicar y explicar las diferencias nominales, es decir, que funcionarios y por qué motivo no son consistente entre los sistemas de registro, ya sea por oportunidad del procesamiento de la información declaración u otro de conocimiento del establecimiento.
  - d) Programa de implementación del SIRH, que considere la puesta en operación a contar de julio 2025.
  - e) El plazo de entrega de los reportes trimestrales y las nóminas de pago (según corresponda), se deben enviar a más tardar los días 20 de cada mes terminado el trimestre. Por ejemplo, Junio 2025, se debe entregar o enviar a más tardar el día 21 de Julio 2025.

## 4.6 Índice de ausentismo laboral por Licencia médica curativa.

### Descripción del Indicador

Este indicador mide la disminución y/o mantención del índice de ausentismo laboral por licencia médica curativa, de acuerdo con las metas de reducción del ausentismo definido tanto para cada Servicio de Salud como para cada EAR.

Índice de ausentismo laboral por Licencia médica curativa.					
DIGEDEP   Departamento de Desarrollo y Calidad de Vida Laboral					
<b>Objetivo del Indicador</b>	Disminuir el índice de ausentismo laboral por licencia médica curativa, considerando la implementación de acciones de prevención y abordaje del ausentismo en los Servicios de Salud y Establecimientos Autogestionados (EAR)				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	$(\text{Índice Ausentismo Laboral LMC en el periodo}) - (\text{Índice Ausentismo Laboral LMC en el mismo periodo año 2024})$				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	Sí	<b>Unidad de Medida</b>	Índice	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Trimestral
<b>Número de Decimales</b>	2 Decimal Aproximado				
<b>Meta</b>	1. Con un IA de 23 o menos días, se debe disminuir o mantener el índice observado. 2. Con un IA mayor a 23 y menor o igual a 27 días, se debe disminuir 1 o más días promedio por funcionario. 3. Con un IA mayor a 27 días y menor o igual a 32 días, se debe disminuir 2 o más días promedio por funcionario. 4. Con un IA mayor a 32 días, se debe disminuir 3 o más días promedio por funcionario.			<b>Polaridad</b>	Los Valores bajos son Buenos
<b>Requisito</b>	Plan de ausentismo con enfoque de género				
<b>Exclusiones</b>	No tiene				
<b>Fuente Numerador</b>	QLIKVIEW	<b>Fuente Denominador</b>	QLIKVIEW		
<b>Nivel de Aplicación</b>	A nivel de Servicios de Salud y Establecimientos Autogestionados				

### Tabla de sensibilidad

Disminuir o mantener		Disminuir 1 o más días		Disminuir 2 o más días		Disminuir 3 o más días	
Cumplimiento	Puntaje	Cumplimiento	Puntaje	Cumplimiento	Puntaje	Cumplimiento	Puntaje
<=0 días	4 puntos	>=1 días	4 puntos	>=2 días	4 puntos	>=3 días	4 puntos
		>=0,7 días	3 puntos	>=1,7 días	3 puntos	>=2,5 días	3 puntos
		>=0,5 días	2 puntos	>=1,3 días	2 puntos	>=2,0 días	2 puntos
		>=0,0 días	1 punto	>=0,0 días	1 punto	>=0,0 días	1 punto

## Definición de Términos

- **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 estos, 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: El cargo no se encuentre vacante. El suplente no posea la titularidad de otro cargo en la institución.
- **Personal de reemplazo:** Personal contratado para reemplazar a funcionarias/os 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.
- **Perspectiva de género:** “Los derechos humanos y la igualdad de género son elementos fundamentales para el desarrollo económico y social de los países”. Por dicha razón, se hace cada vez más necesario fomentar la inclusión de estos enfoques en acciones transversales en todos los niveles y campos de actuación.
- **El enfoque de género** “refiere a observar, analizar y promover transformaciones respecto de las desigualdades e inequidades en la condición, construcción de los roles y posición de hombres y mujeres en la sociedad”. Con la incorporación de esta perspectiva surge la necesidad de considerar el contexto del trabajo desde la justicia y equidad, para diseñar, implementar y evaluar intervenciones sin discriminación por razón de género y, promover la igualdad de oportunidades, fortaleciendo las capacidades y competencias de las mujeres, hombres y diversidades sexo genéricas en su conjunto. En tanto, integrar la perspectiva de género (o mainstreaming) permitirá evaluar las diferentes implicancias que tiene para las mujeres, hombres y las personas con diversas identidades de género, las acciones planificadas en todos los ámbitos y a todos los niveles.

## Consideraciones Técnicas

Las metas de reducción tanto para los Servicios de Salud como EAR, se basan en las siguientes definiciones:

La meta 2025 se construye en base al Índice de Ausentismo 2024:

1. Con un IA de 23 o menos días, se debe disminuir o mantener el índice observado.
2. Con un IA mayor a 23 y menor o igual a 27 días, se debe disminuir 1 o más días promedio por funcionario.
3. Con un IA mayor a 27 días y menor o igual a 32 días, se debe disminuir 2 o más días promedio por funcionario.
4. Con un IA mayor a 32 días, se debe disminuir 3 o más días promedio por funcionario.

Considerar los siguientes documentos técnicos para el abordaje del ausentismo:

Ord. N°78 del 13.01.25 "Guía Práctica para el abordaje del ausentismo laboral por LMC en los Servicios de Salud"

Ord. N°3353 del 31.12.24 "Envía orientaciones para la aplicación del Artículo 151 de la Ley 18.834"

**Requisito:** Plan de ausentismo con enfoque de género.

Implementación del Plan de abordaje del ausentismo focalizado en las principales causas identificadas con enfoque de género.

#### 4.7 Procedimientos disciplinarios por violencia, acoso laboral y sexual cerrados en los plazos estipulados por ley.

##### Descripción del Indicador

Este indicador evalúa la efectividad de las medidas institucionales adoptadas para prevenir y abordar la violencia laboral en los establecimientos de la red asistencial, asegurando que la institución cumpla con los estándares establecidos cumpliendo con la normativa vigente, garantizando condiciones adecuadas para un ambiente de trabajo seguro y respetuoso.

Procedimientos disciplinarios por violencia, acoso laboral y sexual cerrados en los plazos estipulados por ley.					
DIGEDEP   Departamento de Desarrollo y Calidad de Vida Laboral					
<b>Objetivo del Indicador</b>	Asegurar el cierre eficiente y dentro de los plazos legales de los procedimientos disciplinarios por VALS, protegiendo los derechos de las personas afectadas y contribuyendo a la creación de un ambiente laboral seguro, respetuoso y libre de violencia.				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	Total procedimientos disciplinarios VALS cerrados en plazo estipulado por la Ley /Total de procesos disciplinarios VALS				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	No	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Trimestral
<b>Número de Decimales</b>	1 Decimal aproximado				
<b>Meta</b>	50% de los procedimientos disciplinarios VALS cerrados en plazo.			<b>Polaridad</b>	Los Valores altos son Buenos
<b>Requisito</b>	No Tiene Requisito Definido.				
<b>Exclusiones</b>	Denuncias que no cumplen con lo determinado por la LEY N°21.643.				
<b>Fuente Numerador</b>	LOCAL	<b>Fuente Denominador</b>	LOCAL		
<b>Nivel de Aplicación</b>	Aplica a Establecimientos dependientes de los Servicios de Salud del País y la Dirección del Servicio de Salud.				

##### Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
>=50%	4 puntos
>=45%	3 puntos
>=40%	2 puntos
>=35%	1 punto

## Definición de Términos

- **VALS** es el acrónimo que agrupa tres tipos de conductas indebidas en el ámbito laboral dentro de los Servicios de Salud.
- **Violencia laboral:** cualquier acto de agresión física o verbal en el entorno de trabajo.
- **Acoso Laboral:** toda conducta reiterada que menoscabe la dignidad del trabajador, afectando su estabilidad emocional o laboral.
- **Acoso Sexual:** cualquier comportamiento de connotación sexual no consentido que afecte la dignidad de la persona en su espacio de trabajo. El término está enmarcado en la Ley N°21.643 sobre prevención, investigación y sanción del acoso laboral, sexual o de violencia en el trabajo, conocida como Ley Karin, normativa que establece medidas para la prevención y sanción de estos actos en el sector salud.
- **Procedimientos disciplinarios por VALS:** Son los procesos administrativos iniciados dentro de los Servicios de Salud a raíz de denuncias por violencia, acoso laboral o acoso sexual. Estos procedimientos pueden derivar en investigaciones sumarias o sumarios administrativos, siguiendo las normativas establecidas en el Estatuto Administrativo y la Ley Karin.
- **El objetivo de estos procedimientos es:** Determinar la veracidad de las denuncias. Sancionar a los responsables en caso de comprobarse la falta. Implementar medidas de prevención y protección para las víctimas.
- **Plazo estipulado por la Ley** (definido por la Ley Orgánica de Procedimientos de la Administración Pública) El plazo para el cierre de los procedimientos disciplinarios por VALS está determinado La Ley N° 19.880, que establece las bases de los procedimientos administrativos que rigen los actos de los órganos de la Administración del Estado, regula los plazos generales dentro de los cuales deben resolverse los procedimientos administrativos.
- **Plazo para dictar resolución en procedimientos administrativos: De acuerdo con el artículo 27,** el procedimiento administrativo debe resolverse en un plazo máximo de seis meses desde su inicio, salvo que una norma especial establezca un plazo distinto. Si la autoridad no dicta resolución dentro de este plazo, el interesado puede reclamar según lo dispuesto en el Artículo 64.

## Consideraciones Técnicas

La evaluación de este indicador se realiza a través de informes trimestrales que analizan aspectos relacionados con la normativa.

Estructura y formato del Informe Trimestral se compartirá vía referencia técnica.

### Normativa Aplicable:

- Ley N° 19.880, que establece las bases de los procedimientos administrativos que rigen los actos de los órganos de la Administración del Estado.
- Plazo estipulado por la Ley Orgánica de Procedimientos de la Administración Pública.
- Plazos para Procedimientos Disciplinarios:
- El plazo para el cierre de los procedimientos disciplinarios por violencia laboral está determinado por la Ley N° 19.880.

Subsecretaría de Redes Asistenciales  
Departamento Control de Gestión

- Según el artículo 27 de la Ley N° 19.880, el procedimiento administrativo debe resolverse en un plazo máximo de seis meses desde su inicio, salvo que una norma especial establezca un plazo distinto.
- Si la autoridad no dicta resolución dentro de este plazo, el interesado puede reclamar según lo dispuesto en el artículo 64.
- Ley N° 21.643, Ley Karin.

## 4.8 Ejecución del plan anual de mantenimiento preventivo de equipos médicos, infraestructura, ambulancias, equipos industriales.

### Descripción del Indicador

El indicador mide la ejecución del plan de mantenimiento y apunta a mejorar los niveles de cumplimiento de los estándares de calidad, en lo referido a la gestión de dispositivos electro-médicos, vehículos y equipos industriales. Su medición contribuye a conservar y asegurar el correcto funcionamiento, además del uso eficiente de los recursos para la compra de servicios de mantenimiento.

Ejecución del plan anual de mantenimiento preventivo de equipos médicos, infraestructura, ambulancias, equipos industriales.					
INVERSIONES   Departamento de Planificación y Coordinación					
<b>Objetivo del Indicador</b>	Mejorar el cumplimiento de la mantención preventiva de equipos médicos, equipos industriales, infraestructura y ambulancias; y ejecutar el gasto respecto al presupuesto asignado.				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	$((A*0,2) + (B*0,2) + (C*0,2) + (D*0,2) + (E*0,2))$				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	No	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Trimestral
<b>Número de Decimales</b>	1 Decimal aproximado				
<b>Meta</b>	≥95% de cumplimiento de la mantención preventiva de equipos y ejecución del gasto respecto al presupuesto asignado.			<b>Polaridad</b>	Los Valores altos son Buenos
<b>Requisito</b>	Ejecución del gasto				
<b>Exclusiones</b>	Equipos que durante la ejecución del plan de mantenimiento sean dados de baja o se encuentren en reparación por un periodo de tiempo prolongado.				
<b>Fuente Numerador</b>	LOCAL	<b>Fuente Denominador</b>	LOCAL		
<b>Nivel de Aplicación</b>	Aplica a nivel hospitalario				

Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
≥95%	4 puntos
≥93%	3 puntos
≥91%	2 puntos
≥90%	1 punto

## Definición de Términos

- **A:** N° de mantenciones ejecutadas de equipos médicos/N° de mantenciones programadas de equipos médicos.
- **B:** N° de mantenciones ejecutadas de equipos industriales/N° de mantenciones programadas de equipos industriales.
- **C:** N° de mantenciones ejecutadas de ambulancias/N° de mantenciones programadas de ambulancias.
- **D:** N° de mantenciones ejecutadas de infraestructura/N° de mantenciones programadas de infraestructura.
- **E:** Ejecución en SIGFE del plan de mantenimiento preventivo de equipos médicos, equipos industriales, infraestructura y ambulancias/programación presupuestaria de mantenimiento preventivo de equipos médicos, equipos industriales, infraestructura y ambulancias.

## Consideraciones Técnicas

El indicador se evalúa en 5 componentes

Estos componentes están de acuerdo con lo planificado por el establecimiento y según la normativa del Decreto N°290.

Se solicita la carga en la plataforma SIS-Q y en Carpetas Comges del año en curso, los siguientes documentos:

Archivo con catastro actualizado y planificación de todo el equipamiento médico, equipos industriales y ambulancias. Para el caso de infraestructura, sólo la planificación de mantenimiento.

Resolución exenta del Servicio de Salud o del Establecimiento, que distribuye los recursos financieros para la ejecución plan de mantenimiento preventivo del año en curso para equipos médicos, infraestructura, equipos industriales y ambulancias, de cada uno de sus establecimientos.

Para validar la información, se solicita cargar trimestralmente en SIS-Q y las carpetas compartidas COMGES la planilla de planificación de equipos médicos, infraestructura, equipos industriales y ambulancias, con la ejecución actualizada al corte.

Los formatos a utilizar son los enviados desde la referencia técnica MINSAL. La División de Inversiones realizará durante el año visitas de manera presencial y aleatoria para revisar las tareas de mantenimiento y cumplimiento de las planificaciones; el establecimiento deberá disponer de respaldos medidos en este indicador.

## 4.9 Hospitales con implementación de Gestión del Riesgo de Desastres.

### Descripción del Indicador

Este indicador busca mejorar el nivel de gestión del riesgo de desastre, tanto en los Servicios de Salud, como en los Hospitales, conociendo las capacidades actualizadas y los distintos planes con que cuentan los establecimientos. Así también relevar la importancia de asignar al personal correspondiente para este tipo de acciones.

Hospitales con implementación de gestión del riesgo de desastres.					
GABINETE MINISTRO(A)   Departamento de Gestión del Riesgo en Emergencia y Desastre					
<b>Objetivo del Indicador</b>	Fortalecer la Gestión del Riesgo de Desastres en Servicios de Salud y Hospitales				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	Número de hospitales que cumplen con la implementación gestión del riesgo de desastres / total de hospitales del Servicio de Salud				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	No	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Trimestral
<b>Número de Decimales</b>	Entero sin decimales				
<b>Meta</b>	100% de establecimientos que cumplan con al menos 66.6% de implementación gestión del riesgo de desastres.			<b>Polaridad</b>	Los Valores altos son Buenos
<b>Requisito</b>	Implementación del plan gestión del riesgo de desastres				
<b>Exclusiones</b>	Otro tipo de establecimientos que no sean Hospitales				
<b>Fuente Numerador</b>	LOCAL	<b>Fuente Denominador</b>	LOCAL		
<b>Nivel de Aplicación</b>	29 Servicios de Salud y 195 Hospitales (Alta, mediana y baja complejidad)				

### Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
=100%	4 puntos
>=80%	2 puntos

## Definición de Términos

- **GRD Gestión de Riesgo y Desastre MIDAS:** Modernización de la Información Digital de la Autoridad Sanitaria
- **Ficha de capacidades:** ficha en la plataforma MIDAS donde los hospitales informan autonomías, estado de líneas vitales, equipo de telecomunicaciones, gases clínicos, etc.
- **Plan de respuesta:** es un conjunto de procedimientos y protocolos que describen cómo una organización responderá a situaciones de emergencia.
- **Plan de telecomunicaciones:** Conjunto de procedimientos y flujos de comunicación con los distintos medios disponibles.

## Consideraciones Técnicas

**Meta indicador principal:** Para el caso de los establecimientos, estos deben cumplir con al menos 66.6% de implementación de la gestión del riesgo de desastres, es decir 2 de 3 de las siguientes acciones:

### Implementación del plan gestión del riesgo de desastres.

1. Hospitales con Plan de Telecomunicaciones de emergencia actualizado
2. Encargados de gestión del riesgo con acceso a Módulo de Emergencia MIDAS
3. Hospitales con fichas de capacidades identificadas y actualizadas

**Requisito:** Cumplir con el 100% de las siguientes 2 acciones tanto en el Servicio de Salud como en los hospitales.

1. Servicios de Salud y Hospitales con Encargado de Gestión del Riesgo de Desastre
2. Servicios de Salud y Hospitales con Plan de Respuesta actualizado

### Verificables

- Las acciones solicitadas son para verificar el nivel de compromiso con la GRD en los SS.
- Se deben remitir las resoluciones con nombramientos para GRD y MIDAS.
- Relleno de las fichas de capacidades de los Hospitales en la plataforma MIDAS.
- Recepción de Resoluciones con planes de Respuesta y plan de telecomunicaciones.
- Al final del periodo se remitirá a los Servicios de Salud el nivel de cumplimiento de las distintas acciones solicitadas.

## Compromiso de Gestión 5: Mejorar la calidad y seguridad del paciente

### **Objetivo estratégico**

*“Fortalecer los estándares de calidad y seguridad en la atención de salud, garantizando la adherencia a protocolos, la capacitación del personal y la implementación de sistemas de monitoreo y mejora continua”.*

### **Contexto**

El fortalecimiento de los estándares de calidad y seguridad en la atención de salud es un objetivo prioritario para garantizar una atención efectiva, equitativa y centrada en el paciente. Este propósito se alinea con políticas públicas como la Ley N° 20.584 sobre derechos y deberes en salud, el Sistema Nacional de Acreditación de Prestadores Institucionales y el Plan Nacional contra la Resistencia a los Antimicrobianos. A través de la adherencia a protocolos, la capacitación del personal y la implementación de sistemas de monitoreo, se busca promover la mejora continua en la red asistencial.

La supervisión de los eventos centinela es fundamental para garantizar la seguridad del paciente y prevenir la recurrencia en el tiempo. Este proceso está regulado por la Ley N° 20.584 y las Normas Generales Técnicas sobre Calidad de la Atención, que establecen procedimientos de reporte, análisis y seguimiento de eventos adversos y centinela. La implementación de sistemas de vigilancia permite identificar brechas en la calidad y aplicar medidas correctivas oportunas (Cumplimiento de la supervisión de las acciones de seguimiento de los eventos centinela reportados).

La acreditación de prestadores de salud en Atención Primaria de Salud asegura el cumplimiento de estándares mínimos de calidad y seguridad en la atención. Este proceso, regulado por el Decreto Supremo N° 15/2007, fomenta la mejora continua mediante la evaluación periódica de los prestadores de salud para asegurar estándares mínimos de seguridad de la atención, a través del proceso de acreditación se promueve la adherencia a protocolos y la implementación de prácticas seguras en la atención, a través de la mejora continua de la calidad, por lo que a través del indicador Cumplimiento del proceso de acreditación para prestadores de salud en APS, se realizará un monitoreo del estado de avance del proceso en los establecimientos de atención primaria de salud.

El Plan Nacional contra la Resistencia a los Antimicrobianos tiene como objetivo preservar la eficacia de los antimicrobianos para garantizar la prevención y el tratamiento efectivo de enfermedades infecciosas, por medio del Monitoreo de consumo de antimicrobianos en establecimientos de atención primaria de salud APS y hospitales comunitarios, es clave para prevenir la resistencia antimicrobiana y garantizar el uso racional de estos medicamentos a nivel comunitario. Por otro lado, a nivel de los hospitales de alta y mediana complejidad se continuará con el monitoreo de consumo y gasto de las DDD para antibióticos seleccionados, contribuye a evaluar el uso adecuado de estos medicamentos y a controlar los costos asociados, permite comparar el consumo entre establecimientos y ajustar las políticas de prescripción.

Indicadores:

- 5.1 Cumplimiento del proceso de acreditación para Establecimientos de Atención Primaria de Salud.
- 5.2 Cumplimiento de la supervisión de las acciones de seguimiento de los eventos centinela reportados.
- 5.3 Monitoreo de consumo y resistencia de antimicrobianos en establecimientos de Atención Primaria de Salud u Hospitales comunitarios.
- 5.4 Monitoreo de consumo y resistencia en establecimientos de Alta y mediana complejidad del Servicio de Salud.

## 5.1 Cumplimiento del proceso de acreditación para Establecimientos de Atención Primaria de Salud.

### Descripción Indicador

Este indicador refleja el número de Establecimientos de Salud de Atención Primaria que ingresan al proceso de acreditación por Servicio de Salud, dando cumplimiento a los requisitos mínimos de seguridad del paciente para la calidad de la atención, respecto a la Garantía de Calidad para establecimientos de Atención Primaria de Salud.

Cumplimiento del proceso de acreditación para Establecimientos de Atención Primaria de Salud					
DIGERA   Departamento de Seguridad y Calidad de la Atención					
<b>Objetivo del Indicador</b>	Mejorar la calidad y seguridad del paciente, a través del cumplimiento de la Garantía de Calidad en la Atención Primaria de Salud (APS)				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	Número de establecimientos de salud de APS del Servicio de Salud con ingreso al proceso de acreditación a la SIS / Número de establecimientos comprometidos en la meta				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	Sí	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Semestral
<b>Número de Decimales</b>	1 Decimal aproximado				
<b>Meta</b>	<b>100% de la meta de establecimientos definida para cada Servicio de Salud:</b> Para LB 0% - < 20%: Meta 4 establecimientos Para LB 20% - < 40%: Meta 3 establecimientos Para LB 40% - < 50%: Meta 2 establecimientos Para LB ≥ 50%: Meta 1 establecimiento			<b>Polaridad</b>	Los Valores altos son Buenos
<b>Requisito</b>	No Tiene Requisito Definido.				
<b>Exclusiones</b>	Este indicador no tiene exclusiones.				
<b>Fuente Numerador</b>	LOCAL	<b>Fuente Denominador</b>	LOCAL		
<b>Nivel de Aplicación</b>	Atención Primaria de Salud municipal y dependiente.				

### Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
=100%	4 puntos

## Definición de Términos

- **Ingreso proceso de acreditación:** para efectos de COMGES, se refiere al ingreso de solicitud a la Superintendencia de Salud (SIS), teniendo cumplido todos los requisitos obligatorios, que permitan iniciar el proceso de acreditación.
- **Programa:** documento oficial, emanado de la jefatura, que describe un conjunto ordenado de actividades orientadas al cumplimiento del objetivo, donde se definen actividades, metas y verificadores de su cumplimiento.
- **APS:** Atención Primaria de Salud
- **Establecimiento de Salud de APS:** establecimientos de atención primaria de salud establecimientos de atención abierta de baja complejidad de dependencia municipal o de Servicio de Salud), puede incluir CESFAM, CGR, CGU. CESFAM.
- **Centro de Salud Familiar CGR:** Consultorio General Rural CGU: Consultorio General Urbano SIS: Superintendencia de Salud

## Consideraciones Técnicas

Los Establecimientos de Salud de Atención Primaria (APS) considerados son los Centro de Salud Familiar (CESFAM), Consultorio General Urbano (CGU) y Consultorio General Rural (CGR) con sus diversas dependencias (postas de salud rural, CECOSF, Urgencia, otros). Cada establecimiento de salud APS antes de ingresar la solicitud a la SIS debe dar cumplimiento a los siguientes requisitos: Contar con autorización o demostración sanitaria (según corresponda); cumplir con las características obligatorias que le aplican; cumplimiento de características no obligatorias, aplicables según cartera de prestaciones; informe de autoevaluación e ingreso de solicitud al proceso de acreditación a la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud.

Presentar un programa de trabajo del Servicio de Salud a más tardar junio, que considere al menos lo siguiente:

- Identificar a los establecimientos de salud de APS, que se comprometerán en el programa de trabajo (los cuales no pueden ser Establecimientos acreditados o que durante el año 2024 estuvieran en cualquier etapa del proceso de acreditación).
- Describir las acciones y coordinaciones que se realizarán con cada CESFAM, CGR y CGU y la entidad administradora de salud municipal, si corresponde, para dar cumplimiento a lo solicitado para iniciar el proceso de acreditación:
  - 1) Autorización o Demostración Sanitaria según corresponda, del CESFAM, CGR y CGU y todas sus dependencias asociadas.
  - 2) Cumplimiento de características obligatorias, aplicables según cartera de prestaciones.
  - 3) Cumplimiento de características no obligatorias, aplicables según cartera de prestaciones.
  - 4) Informe de autoevaluación de cada CESFAM, CGR y CGU comprometido.
  - 5) Ingreso de solicitud al proceso de acreditación a la Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud, por parte de los establecimientos de APS.

## 5.2 Cumplimiento de la supervisión de las acciones de seguimiento de los eventos centinela reportados.

### Descripción Indicador

Este indicador refleja las acciones y gestiones de supervisión realizadas por el Servicio de Salud de los Eventos Centinela Priorizados (ECPRI) reportados por su red de Establecimientos de Salud de Atención Cerrada.

Cumplimiento de la supervisión de las acciones de seguimiento de los eventos centinela reportados.					
DIGERA   Departamento de Seguridad y Calidad de la Atención					
<b>Objetivo del Indicador</b>	Mejorar la calidad de la atención y seguridad del paciente, a través de la supervisión del proceso de notificación y análisis de ECPRI				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	N° de ECPRI de hospitales con supervisión realizadas por el Servicio de Salud/Total de ECPRI reportados de hospitales en el Servicio de Salud				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	No	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Semestral
<b>Número de Decimales</b>	1 Decimal aproximado				
<b>Meta</b>	≥80% de los ECPRI supervisados			<b>Polaridad</b>	Los Valores altos son Buenos
<b>Requisito</b>	No Tiene Requisito Definido.				
<b>Exclusiones</b>	ECPRI notificados en las últimas 7 días, antes de elaborar el informe				
<b>Fuente Numerador</b>	LOCAL	<b>Fuente Denominador</b>	LOCAL		
<b>Nivel de Aplicación</b>	Establecimientos de Salud de Atención Cerrada de alta, mediana y baja complejidad pertenecientes al SNSS				

### Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
≥ 80%	4 puntos

## Definición de Términos

- **Eventos Centinela Priorizados (ECPRI):** Todo evento, confirmado o en sospecha, que cumple con las características que se especifican en la tabla 2 del “Manual de eventos centinela priorizados para reporte inmediato”.
- **Supervisión por Servicio de Salud (SS):** Para efectos de este COMGES, se entenderá por “supervisión realizada” a las acciones de apoyo del Servicio de Salud correspondiente, a través, de al menos dos actividades por ECPRI, establecidas en el primer seguimiento por cada establecimiento de salud. Cuyo verificador será el informe de supervisión.

## Consideraciones Técnicas

Los ECPRI que deben considerarse en la supervisión de los Servicios de Salud, son los señalados en el Manual de eventos centinela priorizados para reporte inmediato. Las acciones de supervisión pueden realizarse en cualquier etapa del proceso de manejo del ECPRI, sin embargo, estas deben estar realizadas al momento del reporte.

Se debe utilizar el formato establecido por referencia técnica para informar.

### 5.3 Monitoreo de consumo y resistencia de antimicrobianos en establecimientos de Atención Primaria de Salud u Hospitales comunitarios.

#### Descripción Indicador

Mide la instalación de equipos PROA de los establecimientos que otorgan prestaciones de atención primaria municipales, dependientes y Hospitales comunitarios pertenecientes al Servicio de Salud, a través de la capacidad para monitorizar consumo y resistencia a los antimicrobianos, a lo menos en un establecimiento de salud por comuna.

Monitoreo de consumo y resistencia de antimicrobianos en establecimientos de Atención Primaria de Salud u Hospitales comunitarios					
DIPLAS   Plan Nacional contra la Resistencia Antimicrobiana					
<b>Objetivo del Indicador</b>	Monitorear el consumo y resistencia de antimicrobianos en las comunas que cuentan con establecimientos de Atención Primaria de Salud u Hospitales comunitarios				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	Número de comunas que cuentan con informe de monitoreo de consumo y resistencia a los antimicrobianos según lineamiento técnicos/ total de comunas que integran el Servicio de Salud				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	No	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Semestral
<b>Número de Decimales</b>	2 Decimal Aproximado				
<b>Meta</b>	90% de monitoreo de consumo y resistencia a los antimicrobianos			<b>Polaridad</b>	Los Valores altos son Buenos
<b>Requisito</b>	Plan de intervención para disminuir el consumo				
<b>Exclusiones</b>	Este indicador no tiene exclusiones.				
<b>Fuente Numerador</b>	LOCAL	<b>Fuente Denominador</b>	LOCAL		
<b>Nivel de Aplicación</b>	Establecimientos de atención abierta de baja complejidad municipal o dependientes y hospitales comunitarios.				

**Tabla de sensibilidad**

Cumplimiento	Puntaje
>=90%	4 puntos
>=75%	3 puntos
=>50%	2 puntos

## Definición de Términos

- **PROA:** Programa de optimización de Uso de Antimicrobianos.
- **Comuna con informe de monitoreo de consumo y resistencia a los antimicrobianos:** se refiere a las comunas que cuentan con realización de monitoreo de al menos un establecimiento de APS municipal, dependiente u hospital comunitario.
- **Establecimiento de APS:** incluye establecimientos de atención abierta de baja complejidad municipal o dependiente.
- **Informe de monitoreo del consumo y resistencia según lineamientos técnicos:** corresponde al informe en formato establecido en ficha técnica (formato obligatorio)

## Consideraciones Técnicas

**Requisito:** Plan de intervención para disminuir el consumo

Para la evaluación de este indicador se solicitará la información de parte del equipo técnico del Nivel Central en dos evaluaciones:

- **Primera entrega:** entrega de la información a más tardar el **31 de julio de 2025**.
  - **El plan de trabajo** del Servicio de Salud diseñado para el año 2025 en formato estándar (formato A) que contemple las actividades detalladas en la tabla 1 del anexo.
  - **El monitoreo de consumo de antimicrobianos** de los establecimientos de atención primaria seleccionados por cada comuna, en formato estándar (formato B) desde enero a junio del 2025.
  - **El monitoreo de la resistencia de E. coli** en urocultivos solicitados en los establecimientos de atención primaria seleccionados, en formato estándar (formato B) desde enero a junio del 2025.
- **Segunda entrega:** entrega de la información a más tardar el **31 de enero de 2026**.
  - **El monitoreo de consumo de antimicrobianos** de los establecimientos de atención primaria seleccionados por cada comuna, en formato estándar (formato B) desde enero a diciembre del 2025.
  - **El monitoreo de la resistencia de E. coli** en urocultivos solicitados en los establecimientos de atención primaria seleccionados, en formato estándar (formato B) desde enero a diciembre del 2025.

**Los formatos A y B serán enviados a los referentes técnicos de los Servicios de Salud en archivos para completar. No se aceptarán modificaciones de los formatos.**

Para el cálculo de consumos y del porcentaje de resistencia se deben utilizar las fórmulas descritas en el anexo 1 de los documentos complementarios entregados por la referencia.

Cabe señalar que para el cumplimiento del requisito los informes deben ser entregados en plazo y forma de acuerdo a lo señalado anteriormente.

## 5.4 Monitoreo de consumo y resistencia en establecimientos de Alta y mediana complejidad del Servicio de Salud

### Descripción del Indicador

Mide la capacidad de los equipos PROA para monitorizar el consumo de antimicrobianos y los niveles de resistencia en los hospitales de alta y mediana complejidad pertenecientes al Servicio de Salud.

Monitoreo de consumo y resistencia en establecimientos de Alta y mediana complejidad del Servicio de Salud					
DIPLAS   Plan Nacional contra la Resistencia Antimicrobiana					
<b>Objetivo del Indicador</b>	Monitorizar el consumo de antimicrobianos y la resistencia en agentes seleccionados en establecimientos de alta y mediana complejidad				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	Número de hospitales de alta y mediana complejidad del Servicio de Salud que cuentan con informe de monitoreo del consumo y resistencia según lineamientos técnicos/ Números de hospitales de alta y mediana complejidad seleccionados del Servicio de Salud				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	No	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Semestral
<b>Número de Decimales</b>	1 Decimal aproximado				
<b>Meta</b>	100% de monitoreo de consumo y resistencia a los antimicrobianos			<b>Polaridad</b>	Los Valores altos son Buenos
<b>Requisito</b>	Vigilancia de la resistencia para bacterias seleccionadas				
<b>Exclusiones</b>	Este indicador no tiene exclusiones.				
<b>Fuente Numerador</b>	LOCAL	<b>Fuente Denominador</b>	LOCAL		
<b>Nivel de Aplicación</b>	Aplica para establecimientos públicos de alta y mediana complejidad, según lo definido en la norma 210				

### Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
=100%	4 puntos

## Definición de Términos

- **PROA:** programas de optimización de uso de antimicrobianos Informe de monitoreo del consumo y resistencia según lineamientos técnicos: informe con formato definido desde el Plan Nacional contra la Resistencia a los Antimicrobianos (formato obligatorio) Establecimientos de mediana y alta complejidad, según lo indicado en norma 210

## Consideraciones Técnicas

**Requisito:** Informe de monitoreo semestral en formato definido desde el Plan Nacional contra la Resistencia a los Antimicrobianos (uso obligatorio), realizado por el Servicio de Salud.

Para la evaluación de este indicador se solicitará la información de parte del equipo técnico del Nivel Central en evaluaciones:

- **Primera entrega:** entrega de la información a más tardar el **31 de julio de 2025**.
  - **El monitoreo de consumo de antimicrobianos** seleccionados en los hospitales de alta y mediana complejidad de su red, en UPC y Servicios básicos (adultos y pediátricos) en formato estándar, desde enero a diciembre del 2024 (formato C)
  - **El monitoreo de las infecciones invasoras por S. aureus** meticilino resistente, Enterococo resistente a vancomicina y Pseudomona aeruginosa resistente a cefalosporina antipseudomónicas, en formato estándar, desde enero a junio del 2025 (formato D)
- **Segunda entrega:** entrega de la información a más tardar el **31 de enero de 2026**.
  - **El monitoreo de consumo de antimicrobianos** seleccionados en los hospitales de alta y mediana complejidad de su red, en UPC y Servicios básicos (adultos y pediátricos) en formato estándar, desde enero a diciembre del 2025 (formato C)
  - **El monitoreo de las infecciones invasoras por S. aureus** meticilino resistente, Enterococo resistente a vancomicina y Pseudomona aeruginosa resistente a cefalosporina antipseudomónicas, en formato estándar, desde enero a diciembre del 2025 (formato D)

**Los formatos C y D serán enviados a los referentes técnicos de los Servicios de Salud en archivos para completar. No se aceptarán modificaciones de los formatos.**

Para el cálculo de consumos y del porcentaje de resistencia se deben utilizar las fórmulas descritas en el anexo 1 de los documentos complementarios entregados por la referencia.

Cabe señalar que para el cumplimiento del requisito los informes deben ser entregados en plazo y forma de acuerdo a lo señalado anteriormente.

## Compromiso de Gestión 6: Fortalecer la prevención, detección temprana y tratamiento oportuno del cáncer

### **Objetivo estratégico**

*“Fortalecer la prevención, detección temprana y tratamiento oportuno del cáncer, garantizando el acceso equitativo a la atención oncológica, la reducción de tiempos de espera y la mejora en la calidad de vida de los pacientes.”*

### **Contexto**

El fortalecimiento de la atención oncológica en Chile requiere estrategias integrales que aborden la prevención, detección temprana y tratamiento oportuno del cáncer, asegurando el acceso equitativo y la reducción de los tiempos de espera. Este enfoque está alineado con políticas públicas como el Plan Nacional del Cáncer, el Régimen General de Garantías en Salud (Ley N° 19.966) y los Objetivos Sanitarios 2030. A través de la implementación de protocolos, la capacitación del personal y el monitoreo de indicadores clave, se busca garantizar una atención efectiva y centrada en el paciente.

#### Fortalecimiento de la Prevención del Cáncer: Cobertura de Vacunación contra el VPH y Tamizaje Cervicouterino en la Atención Primaria

La vacunación contra el virus papiloma humano VPH es una medida preventiva esencial para reducir la incidencia de cáncer cervicouterino y otros tipos de cáncer asociados a este virus en la población. En Chile, la vacuna contra el VPH se incorporó al *Programa Nacional de Inmunización* en 2014, inicialmente dirigida a niñas y, desde 2019, extendida a niños de 4° básico. La estrategia de vacunación busca alcanzar una alta cobertura para garantizar la protección de la población escolar y contribuir a la eliminación del cáncer cervicouterino como problema de salud pública, por lo que se mide la cobertura efectiva de vacuna contra el virus de papiloma humano (VPH) en niños, niñas y adolescentes que cursan 4° año básico con dosis nonavalente.

Para potenciar este objetivo, la cobertura de tamizaje para cáncer cervicouterino en establecimientos de APS municipales y dependientes de Servicio de Salud, es una estrategia clave para la detección temprana de lesiones precancerosas y la reducción de la mortalidad por esta enfermedad. En Chile, este procedimiento está inserto en el *Programa Nacional de Pesquisa y Control del Cáncer Cervicouterino*, iniciado en 1987 y basado en recomendaciones de la OPS/OMS. La cobertura de este tamizaje en la Atención Primaria de Salud es fundamental para garantizar el acceso equitativo a la prevención, especialmente en poblaciones vulnerables.

#### Cumplimiento atención en problemas de salud oncológicos

Las listas de espera para intervenciones quirúrgicas oncológicas No GES representan un desafío para la equidad en el acceso a la atención, además de ser una prioridad de Gobierno, por lo que la gestión eficiente de estas listas, mediante estrategias de priorización y

optimización de recursos, permite reducir los tiempos de espera y garantizar el tratamiento oportuno de los pacientes. La implementación de sistemas de monitoreo y mejora continua es fundamental para asegurar la resolución de estos casos dentro de los plazos establecidos, lo que se medirá a través del indicador Lista de espera de intervención quirúrgica por problemas de salud oncológicos no GES resueltos en menos de 90 días.

Indicadores:

- 6.1 Cumplimiento de garantías GES en problemas de salud oncológicos
- 6.2 Lista de Espera de Intervención Quirúrgica por problemas de salud oncológicos No GES resueltos en menos de 90 días.
- 6.3 Cobertura de tamizaje para cáncer cervicouterino en establecimientos de APS municipales y dependientes de Servicio de Salud.
- 6.4 Cobertura efectiva de vacuna contra el virus de papiloma humano (VPH) en Niños, Niñas y Adolescentes (NNA) que cursan 4to año básico con dosis nonavalente.

## 6.1 Cumplimiento de garantías GES en problemas de salud oncológicos.

### Descripción del Indicador

Este indicador mide el nivel del cumplimiento en la red a la Ley GES, según los problemas de salud y sus garantías definidas en el decreto vigente (N°72/2022). Se enfoca en resolver 17 problemas de salud clasificados como oncológicos. El no cumplimiento es falta a la normativa vigente, por lo que la red debe usar todos los espacios de gestión posibles para su resolución.

Cumplimiento de garantías GES en problemas de salud oncológicos.					
DIGERA   Departamento GES y Redes Complejas					
<b>Objetivo del Indicador</b>	Fortalecer la detección temprana de patologías oncológicas y la entrega oportuna de prestaciones para los pacientes oncológicos.				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	$(\text{Número de Garantías Cumplidas} + \text{Garantías Exceptuadas} + \text{Garantías Incumplidas Atendidas}) / (\text{Número de Garantías Cumplidas} + \text{Garantías Exceptuadas} + \text{Garantías Incumplidas Atendidas} + \text{Garantías Incumplidas no Atendidas} + \text{Garantías Retrasadas})$				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	No	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Mensual
<b>Número de Decimales</b>	Entero sin decimales				
<b>Meta</b>	100% de cumplimiento GES oncológico.			<b>Polaridad</b>	Los Valores altos son Buenos
<b>Requisito</b>	No Tiene Requisito Definido.				
<b>Exclusiones</b>	Este indicador no tiene exclusiones.				
<b>Fuente Numerador</b>	SIGGES	<b>Fuente Denominador</b>	SIGGES		
<b>Nivel de Aplicación</b>	Toda la red asistencial.				

### Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
=100%	4 puntos

## Definición de Términos

- **Garantías Cumplidas:** En esta agrupación se consideran las garantías realizadas dentro del plazo máximo que señala el decreto.
- **Garantías Exceptuadas:** podrán exceptuarse de dar cumplimiento a una garantía de oportunidad (Superintendencia de Salud), cuando por causa imputable al beneficiario o por fuerza mayor derivada de su estado de salud, sea imposible otorgar la prestación en el plazo establecido, dando lugar a una nueva gestión del caso.
- **Garantías Incumplidas Atendidas:** es aquella garantía de oportunidad realizada fuera del plazo garantizado para cada problema de salud incluido en GES.
- **Garantías Incumplida No atendida:** El establecimiento no logró realizar la atención garantizada dentro de los tiempos establecidos, y es imposible entregarla en forma tardía por una condición o decisión del paciente.
- **Garantías Retrasadas:** Corresponde a aquellas que no evidencian en SIGGES una atención, ya sea por no registro de esta o por no realización de la prestación.

## Consideraciones Técnicas

El monitoreo de la gestión se realiza directamente desde la plataforma SIGGES, con reportería actualizada diariamente. La oportunidad del registro impacta directamente en el cumplimiento del indicador.

Para lograr un buen cumplimiento, es esencial gestionar las garantías de oportunidad dentro de su plazo de vigencia. Esto permite conocer la demanda real de prestaciones en la red, programar la oferta y identificar brechas para definir estrategias que aseguren el cumplimiento del 100%, según la normativa.

La medición se realiza mensualmente desde el nivel central. FONASA entrega la información a DIGERA cada mes, y esta se pone a disposición de la red mediante carpetas compartidas.

En la evaluación final, se puede apelar casos retrasados por causas externas, las cuales se nombran a continuación:

- Falta de causal de excepción en la normativa de la SIS
- Falta de causal de cierre de garantía
- Errores del sistema SIGGES.
- Estas apelaciones serán revisadas por los referentes técnicos para su aceptación o rechazo.
- El universo considera las garantías acumuladas desde enero hasta el corte, excepto las garantías retrasadas, que incluyen acumulados de años anteriores.

Los problemas de Salud considerados para la evaluación del presente indicador se enumeran a continuación:

- 03 CÁNCER CERVICOUTERINO
- 04 ALIVIO DEL DOLOR
- 08 CÁNCER DE MAMA
- 14 CÁNCER INFANTIL
- 16 CÁNCER DE TESTÍCULO

- 17 LINFOMA
- 27 CÁNCER GÁSTRICO
- 28 CÁNCER DE PRÓSTATA
- 45 LEUCEMIA ADULTO
- 70 CÁNCER COLORECTAL
- 71 CÁNCER DE OVARIO EPITELIAL
- 72 CÁNCER VESICAL
- 73 OSTEOSARCOMA
- 81 CÁNCER DE PULMÓN
- 82 CÁNCER DE TIROIDE
- 83 CÁNCER RENAL
- 84 MIELOMA MÚLTIPLE

## 6.2 Lista de Espera de Intervención Quirúrgica por problemas de salud oncológicos No GES resueltos en menos de 90 días.

### Descripción del Indicador

Este indicador evalúa la gestión de los casos en la lista de espera quirúrgica oncológica no GES, enfocándose en la respuesta oportuna del sistema de salud. Su adecuada gestión garantiza la continuidad del tratamiento oncológico, priorizando la urgencia médica, la oportunidad, la equidad y la eficiencia en la reasignación de recursos para minimizar impactos negativos en el pronóstico de los pacientes y mejorar el pronóstico y la calidad de vida de estos.

Lista de Espera de Intervención Quirúrgica por problemas de salud oncológicos No GES resueltos en menos de 90 días.					
DIGERA   Departamento GES y Redes Complejas					
<b>Objetivo del Indicador</b>	Disminuir los tiempos de espera para cirugía de pacientes oncológicos no GES.				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	Número de casos en LEIQ * con un tiempo de espera igual o mayor a 90 días desde el ingreso al registro/ Número Total de casos en LEIQ*				
	<i>*Identificados como casos confirmados de cáncer por cada Servicio de Salud</i>				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	Sí	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Mensual
<b>Número de Decimales</b>	1 Decimal aproximado				
<b>Meta</b>	≤20% de casos en LEIQ * con un tiempo de espera igual o mayor a 90 días.			<b>Polaridad</b>	Los Valores bajos son Buenos
<b>Requisito</b>	No Tiene Requisito Definido.				
<b>Exclusiones</b>	Este indicador no tiene exclusiones.				
<b>Fuente Numerador</b>	LOCAL	<b>Fuente Denominador</b>	LOCAL		
<b>Nivel de Aplicación</b>	Hospitales de alta y mediana complejidad.				

### Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
≤20%	4 puntos
≤30%	3 puntos
≤40%	2 puntos
≤50%	1 punto

## Definición de Términos

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

## Consideraciones Técnicas

La lista de espera quirúrgica oncológica no GES se gestiona a través de la plataforma SIGTE, cuyo monitoreo diario y registro oportuno inciden directamente en el cumplimiento de los indicadores y en la gestión adecuada de la demanda oncológica, según criterios clínicos de priorización.

La medición se realiza en conjunto entre el MINSAL, los Servicios de Salud y los establecimientos que conforman la red asistencial. Este indicador evalúa los tiempos de espera quirúrgica, con el objetivo de reducirlos a una mediana igual o inferior a 90 días, y considera exclusivamente los casos que se encuentran en espera de resolución.

La base de datos para la medición es móvil, y se construye a partir del corte oficial del mes anterior. Esta base contiene los casos identificados mediante un algoritmo como posibles diagnósticos oncológicos. Posteriormente, cada Servicio de Salud debe revisar y clasificar a los pacientes según las categorías clínicas específicas incluidas en la misma base de datos.

Se solicita además como medio de verificación:

Formato Excel enviado por Minsal. Todos los casos deben venir revisados e identificados.

### 6.3 Cobertura de tamizaje para cáncer cervicouterino en establecimientos de APS municipales y dependientes de Servicio de Salud.

#### Descripción del Indicador

Este indicador mide la variación porcentual de la cobertura de tamizaje para cáncer cervicouterino en establecimientos de APS municipales y dependientes de Servicio de Salud, del año 2025 en relación con el año 2024. Se espera que los servicios de salud avancen en cobertura, reduciendo la brecha en un 30% (para llegar al gold estándar 80%). Este compromiso de gestión viene a contribuir al indicador de cobertura de cada establecimiento, comuna, servicio de salud y región, como también a la meta nacional, donde se espera lograr y mantener una cobertura de 80% de mujeres entre 25-64 años tamizaje vigente en establecimientos municipal (meta sanitaria N°2 de la ley 19.813), junto con contribuir a la meta sanitaria N°3 Ley 18.834, de los establecimientos APS dependiente.

Cobertura de tamizaje para cáncer cervicouterino en establecimientos de APS municipales y dependientes de Servicio de Salud.					
DIVAP   Departamento de Cuidados Integrales en Salud					
<b>Objetivo del Indicador</b>	Fortalecer la prevención, detección temprana y tratamiento oportuno del cáncer cervicouterino .				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	Cobertura de tamizaje para cáncer cervicouterino obtenida en el año 2025 / meta de cobertura de tamizaje para cáncer cervicouterino				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	Sí	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Semestral
<b>Número de Decimales</b>	1 Decimal aproximado				
<b>Meta</b>	95,0% de la meta establecida para contribuir a reducir el 30% la brecha de para cumplir 80% de cobertura.			<b>Polaridad</b>	Los Valores altos son Buenos
<b>Requisito</b>	No Tiene Requisito Definido.				
<b>Exclusiones</b>	Este indicador no tiene exclusiones.				
<b>Fuente Numerador</b>	REM		<b>Fuente Denominador</b>	LOCAL	
<b>Nivel de Aplicación</b>	Establecimientos de atención primaria, municipales y dependientes de servicios de salud mas DFL 36.				

#### Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
>=95%	4 puntos
>=90%	3 puntos
>=85%	2 puntos
>=80%	1 punto

## Definición de Términos

- **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.
- **APS:** Atención Primaria de salud que considera establecimientos dependientes del Servicio de Salud y municipios.
- **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.
- **VPH:** Virus papiloma humano
- **Tamizaje Primario por VPH:** corresponde a los tamizajes para CaCu realizados solo con test de VPH.
- **CO-TEST:** corresponde al tamizaje para CaCu que considera la prueba VPH en el mismo momento que la toma del PAP.

## Consideraciones Técnicas

**Cobertura:**  $(N^{\circ} \text{ de mujeres}^* \text{ de 25 a 64 años con tamizaje vigente para cáncer cervicouterino} / N^{\circ} \text{ de mujeres}^* \text{ de 25 a 64 años pertenecientes a la atención primaria}) * 100$

Número de mujeres de 25 a 64 años con tamizaje vigente para cáncer cervicouterino: mujeres y personas transmasculino de 25 a 64 años con tamizaje vigente para cáncer cervicouterino.

Nº de mujeres de 25 a 64 años pertenecientes a la atención primaria: corresponde a las mujeres inscritas validadas en establecimientos de APS municipal + adscritas en establecimientos dependientes de Servicio de Salud + beneficiarias de establecimientos pertenecientes a entidades en convenio DFL 36 \*incluye mujeres y personas transmasculinos

La meta corresponde a reducir el 30% de brecha para alcanzar el 80% de mujeres y personas transmasculinos de 25 a 64 años con PAP Vigente en los últimos 3 años o Test VPH vigente en los últimos 5 años.

En los establecimientos APS sin implementación Test de VPH, mantendrán su población en base a tamizaje por PAP:

Número de mujeres y personas transmasculinos de 25 a 64 años, inscritas validadas (y adscritas en el caso de APS dependiente) con PAP vigente a diciembre 2025.

En los establecimientos APS que cuentan con PAP y Test de VPH, incluyendo los tomados en el extrasistema, corte diciembre.

Una vez implementado el tamizaje primario por VPH (cualquier modalidad de toma), como oferta de la red, financiamiento propio del servicio de salud, proyectos locales o iniciativas intersectoriales, deberán sumarse en el cálculo:

Número de mujeres con PAP vigente 25 a 64 años Vigente en los últimos 3 años (2023, 2024, 2025).

Número de mujeres con Test VPH tomados en los años 2021 y 2022

Número de mujeres con VPH vigente 30 a 64 años como tamizaje primario (tomados desde la fecha de inicio de tamizaje primario por VPH)

Para establecimientos que cuentan con Citoweb, la cobertura conjunta de mujeres con tamizaje vigente para cáncer cervicouterino, considerando PAP y VPH, se extraerá en forma automatizada.

Los servicios de salud que no tengan brecha para llegar al 80%, deberán al menos mantener la cobertura de tamizajes lograda el año 2024.

Respecto de las fuentes:

-En el numerador: mujeres y personas transmasculinos con tamizaje vigente se debe utilizar el REM P12, sección A, este REM de la serie P debe ser alimentado desde:

Sistema informático Citoweb, REVICAN o Plataforma de desarrollo local (dependiendo del sistema que use el Servicio de Salud),

Registro local de mujeres y transmasculinos de 25 a 64 años con PAP o Test de VPH vigente tomados en extrasistema.

Registro local de VPH tomados en estrategias institucionales.

-En el denominador, para la APS municipal, se debe considerar lo informado por FONASA en la última validación de la población de mujeres de 25 a 64 años del año 2025 (el denominador utilizado para la meta 2 de la ley 19.813). Para la APS dependiente de servicio de salud, considerar la población de mujeres de 25 a 64 años adscritas para el año 2025 (el denominador utilizado para la meta 3 de la ley 18.834 validado por el referente técnico de servicio de salud). Ambas poblaciones se deben sumar para obtener el denominador.

Nota: Los servicios de salud que tengan coberturas  $\geq 60\%$  en el 2025 y mantengan su cobertura respecto del año anterior, tendrá puntaje 4.

Se solicitará a través de Ordinario, que cada Servicio de Salud valide la población de sus establecimientos dependientes y de los establecimientos DFL 36.

## 6.4 Cobertura efectiva de vacuna contra el virus de papiloma humano (VPH) en Niños, Niñas y Adolescentes (NNA) que cursan 4to año básico con dosis nonavalente.

### Descripción del Indicador

El indicador mide la cobertura de vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) en niños, niñas y adolescentes que cursan cuarto básico. La administración de la vacuna se realiza principalmente en establecimientos educacionales, como parte de una estrategia de salud pública orientada a la prevención de enfermedades asociadas al VPH y a la protección de la población infantil y juvenil.

Cobertura efectiva de vacuna contra el virus de papiloma humano (VPH) en Niños, Niñas y Adolescentes (NNA) que cursan 4to año básico con dosis nonavalente.					
DIVAP   Departamento de Cuidados Integrales en Salud					
<b>Objetivo del Indicador</b>	Aumentar la cobertura de vacunación, en escolares residentes en Chile que cursan 4to año básico, como estrategia de prevención, para disminuir la incidencia de patologías asociadas al contagio por Virus de Papiloma humano (VPH).				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	NNA vacunados con dosis única de VPH nonavalente en 4to básico/NNA matriculados en 4to básico				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	No	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Anual
<b>Número de Decimales</b>	1 Decimal aproximado				
<b>Meta</b>	≥90% de NNA de cuarto año básico vacunados contra VPH.			<b>Polaridad</b>	Los Valores altos son Buenos
<b>Requisito</b>	No Tiene Requisito Definido.				
<b>Exclusiones</b>	La única contraindicación para la vacunación es por indicación médica que denote alguna condición de salud que exceda los riesgos a los beneficios de la inmunización.				
<b>Fuente Numerador</b>	PNI		<b>Fuente Denominador</b>	PNI	
<b>Nivel de Aplicación</b>	Aplica para establecimientos de salud que cuentan con unidad de vacunatorio, es decir, establecimientos de APS municipales y dependientes, además de Hospitales.				

### Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
≥90%	4 puntos
≥75%	3 puntos
≥65%	2 puntos
≥55%	1 punto

## Definición de Términos

- **Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI):** Su misión es “proteger a la población contra las enfermedades inmunoprevenibles relevantes para la salud pública de acuerdo con la evidencia científica y el desarrollo biotecnológico” a través del acceso garantizado de vacunas e inmunoglobulinas según decreto de obligatoriedad vigente, en los establecimientos de atención primaria de salud y vacunatorios privados en convenio.
- **Registro Nacional de Inmunizaciones (RNI):** Desde el 1 de enero del 2013, el RNI es el sistema oficial de registro y recolección de los eventos de vacunación programáticas y de campañas del PNI. En el 2017 se conforma como el repositorio único nacional para todos los establecimientos de salud públicos y privados en convenio con la autoridad sanitaria. Es de carácter nominal, permitiendo la trazabilidad de cada producto biológico y persona inmunizada.
- **NNA:** niños, niñas y adolescentes.
- **Virus Papiloma Humano (VPH):** Grupo de más de 200 virus relacionados que pueden causar verrugas o, en algunos casos, cáncer. Algunos tipos de VPH de alto riesgo pueden causar cáncer de cuello uterino, ano, pene, vulva, vagina y garganta.
- **Vacunas contra VPH dosis nonavalente:** Protege contra 9 tipos de VPH que son de bajo riesgo oncogénico (6 y 11) pero producen verrugas y de alto riesgo oncogénico (16, 18, 31, 33, 45, 52, 58).

## Consideraciones Técnicas

El denominador estará compuesto por los matriculados en 4° año básico, según informe el Ministerio de Educación (MINEDUC) durante el primer semestre de 2025.

Este avance se medirá por ocurrencia a nivel comunal, esto es el número de vacunados en una comuna dividido por los matriculados en dicha comuna.

Con respecto a la evaluación anual, se deberá cumplir el 100% de la meta esperada de vacunación acumulada de julio a diciembre del 2025, esto es 90% de avance del proceso de vacunación con VPH. El sobrecumplimiento se considerará como un 100%.

La vacunación se realiza en todos los establecimientos educacionales públicos y privados del país y es ejecutada por el personal de los vacunatorios de los establecimientos de salud de atención primaria (APS).

Aquellos NNA que por algún motivo no fueron vacunados en su establecimiento educacional, podrán acudir a cualquier otro vacunatorio del sistema público o privado en convenio con la SEREMI de Salud correspondiente.

Aquellos NNA que se vacunen directamente en un establecimiento de salud serán considerados en el numerador correspondiente a la comuna donde pertenece el centro vacunador.

La vacunación escolar se realiza durante el segundo semestre de cada año, según las orientaciones emitidas por el nivel central y de acuerdo con la planificación de los establecimientos de salud.

Se debe asegurar la vacunación para el grupo objetivo que presenta deserción escolar y aquellos que no asisten a establecimientos educacionales en forma regular o los que rinden exámenes libres, realizando una adecuada identificación de esta población vulnerable.

Se debe vacunar a la población que se encuentre en instituciones públicas o privadas como aulas hospitalarias, residencias, hogares, ejemplo: SENAME y Mejor Niñez, Pequeño Cottolengo, Fundación San José, entre otros.

En las Escuelas Especiales de enseñanza básica la vacunación se debe realizar en el curso correspondiente definido en el Decreto N°83/2015 (MINEDUC), según niveles homologables a los cursos a vacunar (edad correspondiente al curso + 2 años).

Se debe respetar la edad mínima de 9 años para la administración de la vacuna de acuerdo al registro sanitario autorizado por el Instituto de Salud Pública (ISP).

## Compromiso de Gestión 7: Fortalecer la Participación Social, satisfacción y la Interculturalidad en la Gestión de la red asistencial

### **Objetivo estratégico**

*“Fortalecer la Participación Social, la gestión usuaria y la Interculturalidad en la Gestión y Prestación de Servicios de Salud, promoviendo una atención inclusiva, con pertinencia cultural y enfoque comunitario y territorial”*

### **Contexto**

La Norma General de Participación Social en Salud en consistencia con el Instructivo Presidencial de Participación en la Gestión Pública, plantea que la Participación Social es un derecho humano fundamental, el que reconoce a las personas la posibilidad de incidir en la vida pública de una manera activa, libre y significativa. Implica que cada persona, por su sola condición humana, tiene la legitimidad de ser parte de la toma de decisiones de los asuntos públicos, a través de formas institucionalizadas, más allá de participar en los actos eleccionarios. El ejercicio de este derecho contribuye a la construcción de ciudadanía, al fortalecimiento de capacidades y confianza, al fortalecimiento de la democracia y Estado de Derecho, y al mejoramiento de la formulación de políticas públicas en favor del bienestar y calidad de vida de los y las habitantes de nuestro país.

Así también, al mejoramiento de la calidad de los servicios y prestaciones de salud y, como resultado, a una mayor satisfacción usuaria. La medición de esta proporciona insumos para la toma de decisiones y planes de mejora de la gestión y la atención en las redes asistenciales.

### **Participación Social y Pertinencia Cultural en Salud: Transparencia, Satisfacción Usuaria y Equidad en la Atención.**

El Plan Trienal de Participación Social y Gestión de Satisfacción Usuaria impulsa estrategias para fortalecer la relación entre los establecimientos de salud y la comunidad promoviendo espacios de diálogo, participación, transparencia e inclusión en la toma de decisiones. Su cumplimiento permite evaluar el impacto de las acciones y ajustar estrategias para mejorar la experiencia de los usuarios. En este contexto, la medición de satisfacción usuaria, enmarcada en el Sistema de Calidad de Servicio y Experiencia Usuaria, es clave para optimizar la atención, reducir tiempos de espera y mejorar la comunicación. La implementación de encuestas y mecanismos de retroalimentación refuerza la confianza en el sistema de salud, alineando la gestión con los compromisos del Ministerio de Salud.

La implementación de Modelos de Salud Intercultural (MSI) en hospitales priorizados y servicios de salud responde a la necesidad de garantizar una atención con pertinencia cultural para los pueblos indígenas. Este modelo se fundamenta en la Ley N° 20.584 y en la Política de Salud y Pueblos Indígenas, promoviendo la integración de conocimientos tradicionales y la participación de facilitadores interculturales. La adecuación de los servicios de salud a las

necesidades de las comunidades indígenas contribuye a la equidad en el acceso y a la reducción de barreras culturales en la atención médica.

Indicadores:

- 7.1 Cumplimiento de acciones contenidas en el Plan trienal de Participación Social y Gestión de Satisfacción Usuaria.
- 7.2 Encuesta de satisfacción usuaria aplicada.
- 7.3 Implementación de Modelos de Salud Intercultural en hospitales priorizados y Servicios de Salud.

## 7.1 Cumplimiento de acciones contenidas en el Plan trienal de Participación Social y Gestión de Satisfacción Usuaría.

### Descripción del Indicador

Este indicador busca medir las acciones que corresponden a aquellas relacionadas con los lineamientos estratégicos del Plan Trienal de Participación Social y Gestión de Satisfacción Usuaría definidos por el Departamento de Participación Social y Gestión Usuaría, tales como: fortalecimiento de instancias de participación, gestión de la satisfacción usuaria, formación y capacitación de equipos de salud y líderes sociales, comunicación y acceso a información relevante para la toma de decisiones y sistematización de experiencias, durante el período 2025.

Cumplimiento de acciones contenidas en el Plan trienal de Participación Social y Gestión de Satisfacción Usuaría.					
GABINETE SRA   Departamento Participación Social y Gestión Usuaría					
<b>Objetivo del Indicador</b>	Fortalecer la participación social y satisfacción usuaria en la gestión de la red asistencial				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	Número de acciones ejecutadas del plan trienal 2025/ Total de acciones planificadas del plan trienal 2025				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	No	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Semestral
<b>Número de Decimales</b>	Entero sin decimales				
<b>Meta</b>	100% de las acciones ejecutadas.			<b>Polaridad</b>	Los Valores altos son Buenos
<b>Requisito</b>	Medición de la satisfacción usuaria				
<b>Exclusiones</b>	Este indicador no tiene exclusiones.				
<b>Fuente Numerador</b>	LOCAL	<b>Fuente Denominador</b>	LOCAL		
<b>Nivel de Aplicación</b>	Todos los Servicios de Salud y establecimientos de la red asistencial				

### Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
=100%	4 puntos

## Definición de Términos

- **Participación Social:** corresponde a la incidencia de distintos actores sociales relevantes en el ciclo del diseño, implementación y evaluación de las políticas de salud. Satisfacción usuaria: es la percepción de la comunidad usuaria respecto del cumplimiento de sus expectativas en relación con la atención tanto en aspectos clínicos como "no clínicos" (tiempos de espera, acceso a información relevante, infraestructura, equipamiento, sistemas de dación de horas, comunicación con el personal, entre otros).

## Consideraciones Técnicas

De acuerdo con su Plan trienal de Participación social y Gestión de la Satisfacción Usuaría 2024- 2026, cada Servicio de Salud realizará la Programación 2025, que contenga un mínimo de 12 acciones a ejecutar en este segundo año.

Se espera que dichas acciones y/o actividades de participación social estén relacionadas con el fortalecimiento de las instancias de participación (COSOC, CCU, CDL u otros); la participación en Proyectos de Inversión, en CIRA, en Comisiones de Trabajo Territorial (CTT), en mesas territoriales y Cuentas Públicas participativas. Además de la incorporación de Grupos Históricamente Excluidos (GHE), de temáticas priorizadas como salud mental, cáncer, emergencias y desastres y otros.

También, se espera que las acciones del ámbito de la gestión de satisfacción usuaria de este Plan correspondan a la medición de satisfacción usuaria, análisis de reclamos, elaboración y ejecución de planes de mejora, funcionamiento periódico de los Comités de Gestión usuaria, estrategias de humanización de la atención (acompañamiento espiritual, asistencia religiosa, acompañamiento espiritual indígena, Consejos interreligiosos, Hospital Amigo, Ley Mila, Ley Preferente), entre otros.

Se espera un 100% de cumplimiento de las acciones programadas de acuerdo con lineamientos y OO.TT. y formatos provistos desde el Departamento de Participación Social y Gestión Usuaría.

## 7.2 Encuesta de satisfacción usuaria aplicada.

### Descripción del Indicador

Este indicador mide el porcentaje de establecimientos por servicios de salud que aplican la encuesta de medición de satisfacción usuaria en relación con lo programado: 100% de establecimientos hospitalarios de baja, mediana y alta complejidad y el 25% de establecimientos de APS de la red asistencial.

Encuesta de satisfacción usuaria aplicada.					
GABINETE SRA   Departamento Participación Social y Gestión Usuaria					
<b>Objetivo del Indicador</b>	Aumentar la cantidad de establecimientos de salud que aplican la encuesta de satisfacción usuaria y conocen la percepción de las personas respecto de la atención recibida y funcionamiento del establecimiento de salud.				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	$\frac{((\text{Establecimientos hospitalarios que aplican la encuesta de medición de satisfacción usuaria por servicio de salud} + \text{Establecimientos APS aplican la encuesta de medición de satisfacción usuaria por servicio de salud}) / (\text{Establecimientos hospitalarios por servicio de salud} + (\text{N}^\circ \text{ total de establecimientos de APS de acuerdo con lo programado por servicio de salud} * 0.25)))}{1}$				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	No	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Semestral
<b>Número de Decimales</b>	Entero sin decimales				
<b>Meta</b>	100% de establecimientos hospitalarios y 25% de Establecimientos de APS de la red asistencial			<b>Polaridad</b>	Los Valores altos son Buenos
<b>Requisito</b>	Cumplimiento de la ejecución 2025 del Plan Trienal de Participación Social y Gestión Usuaria.				
<b>Exclusiones</b>	Este indicador no tiene exclusiones.				
<b>Fuente Numerador</b>	LOCAL		<b>Fuente Denominador</b>	LOCAL	
<b>Nivel de Aplicación</b>	Todos los establecimientos hospitalarios de baja, mediana y alta complejidad y el 25% de establecimientos de APS de la red asistencial				

### Tabla de sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
>=100%	4 puntos
>=95%	3 puntos
>=90%	2 puntos
>=85%	1 punto

## Definición de Términos

- **Satisfacción usuaria:** es la percepción de la comunidad usuaria respecto del cumplimiento de sus expectativas en relación con la atención tanto en aspectos clínicos como "no clínicos" (tiempos de espera, acceso a información relevante, infraestructura, equipamiento, sistemas de dación de horas, comunicación con el personal, entre otros).

## Consideraciones Técnicas

Se dará por cumplido este indicador al ser aplicada la encuesta de medición de satisfacción usuaria, de acuerdo con las OO.TT. y diseño muestral, provistos por el Departamento de Participación Social y Gestión Usuaria.

Esta será aplicada una vez en el año, durante el mes de septiembre de 2025, en espacios de atención definidos como: hospitalización, urgencias y/o atención ambulatoria. Debe realizarse en el 100% de los establecimientos hospitalarios de baja, mediana y alta complejidad y en el 25% de los establecimientos de APS de la red asistencial.

El Departamento de Participación Social y Gestión Usuaria, proveerá de los formatos correspondientes para reporte del indicador.

### 7.3 Implementación de Modelos de Salud Intercultural en hospitales priorizados y Servicios de Salud.

#### Descripción del Indicador

Este indicador nos muestra el avance de la construcción de los Planes de Implementación de los Modelo de Salud Intercultural en base a los indicadores solicitados, tanto para los hospitales priorizados, como para los Servicios de Salud. Además, describe la metodología y los procesos operativos que deben seguir los equipos responsables para la elaboración del Plan de Implementación del Modelo de Salud Intercultural (MSI) y la sistematización de los productos asociados al indicador COMGES.

Implementación de Modelos de Salud Intercultural en hospitales priorizados y Servicios de Salud.					
DIGERA   Departamento de Gestión Territorial					
<b>Objetivo del Indicador</b>	Medir el grado de avance y cumplimiento en la instalación y aplicación de los Modelos de Salud Intercultural en establecimientos de salud priorizados y servicios de salud, asegurando que se cumplan los estándares definidos l (Decreto 21 de 2023) de MINSAL				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	(Número de indicadores de instalación MSI de Servicio de Salud cumplidos + Número de indicadores de instalación MSI de hospitales priorizados cumplidos / Número total de indicadores de instalación de los Modelos de Salud Intercultural)				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	Sí	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Trimestral
<b>Número de Decimales</b>	2 Decimal Aproximado				
<b>Meta</b>	Cumplir con el 80% de la meta asignada a cada Servicio de Salud en la implementación de Modelos de Salud Intercultural.			<b>Polaridad</b>	Los Valores altos son Buenos
<b>Requisito</b>	Plan de Interculturalidad				
<b>Exclusiones</b>	Este indicador no tiene exclusiones.				
<b>Fuente Numerador</b>	LOCAL	<b>Fuente Denominador</b>	LOCAL		
<b>Nivel de Aplicación</b>	Establecimientos de Alta, Mediana y Baja complejidad priorizados				

#### Tabla sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
>=80%	4 puntos
>=50%	2 puntos

## Definición de Términos

- **Pueblos indígenas:** Aquellos que el Estado reconoce como descendientes de las agrupaciones humanas que existen en el territorio nacional desde tiempos precolombinos, que conservan manifestaciones étnicas y culturales propias siendo para ellos la tierra y su modo colectivo de vida el fundamento principal de su existencia y cultura, y que se encuentran enumerados en el artículo 1º de la ley N° 19.253.
- **Modelo de salud intercultural:** Forma en que se diseña, organiza, implementa, evalúa y actualiza la gestión y atención de salud realizada por los equipos de salud de un establecimiento, de manera conjunta y coordinada con los pueblos indígenas, respetando la pertinencia cultural en la atención de salud y en base a mecanismos institucionalizados de participación. Contempla adecuaciones técnicas y organizacionales para que los prestadores institucionales públicos atiendan con pertinencia cultural a los pueblos indígenas en forma coherente con sus contextos culturales, epidemiológicos, geográficos, demográficos y sociales, considerando la diversidad existente entre aquellos. Para hacer tangible la atención de salud con pertinencia cultural, los prestadores y los pueblos indígenas a través de sus representantes, elaborarán procedimientos, protocolos, instrumentos, herramientas y estrategias institucionales para responder a sus necesidades de salud.
- **Hospitales priorizados:** Se trata de la priorización que realizan los Servicios de Salud, determinando los hospitales que implementarán los Modelos de Salud Intercultural en base a la meta asignada por el Ministerio de Salud. Para esta priorización debe considerarse el análisis propio de la red y criterios demográficos, epidemiológicos, socioculturales, trayectoria en salud intercultural, entre otros. Indicadores de instalación: Se trata de 10 indicadores de proceso y estructura descritos en la Norma Técnica de Modelos de Salud Intercultural del MINSAL, cuya implementación conduce al progresivo cumplimiento del Decreto 21 de 2023. Se trata de 3 indicadores a ser ejecutados a nivel de Servicio de Salud y 7 indicadores a nivel de establecimientos de la red.

## Consideraciones Técnicas

### Propuesta para la priorización de hospitales

Para optimizar el acompañamiento técnico en la implementación de los Modelos de Salud Intercultural (MSI), cada equipo de Servicio de Salud deberá priorizar aquellos hospitales que cumplan con uno o más de los siguientes criterios, evaluados tanto de manera individual como en conjunto:

- **Facilitadores interculturales:** Que cuenten con el cargo de facilitadores interculturales.
- **Alta complejidad:** Que sean de alta complejidad.
- **Participación en línea base:** Que no hayan participado en el estudio de línea base.
- **Traectoria intercultural:** Que posean una trayectoria o sean reconocidos en materia de salud intercultural.

La propuesta se fundamenta, entre otros elementos, en los hallazgos del Informe de Línea Base Nacional sobre la implementación de los MSI. Dicho informe recopila y analiza los elementos críticos en la puesta en marcha de los MSI en los 29 Servicios de Salud, evaluando aspectos como la participación indígena, la infraestructura, la existencia de equipos de gestión intercultural y otros componentes esenciales para fortalecer la atención de salud con pertinencia cultural.

Como antecedente, el estudio consideró el 89% del universo total de hospitales (175 de 192), según la base de datos DEIS 2024, abarcando los tres niveles de complejidad: baja, mediana y alta. La información recopilada permitió identificar el estado de avance en la implementación de los MSI en estos establecimientos.

### Criterios propuestos para la priorización de hospitales

Los criterios anteriormente mencionados orientarán la selección de los hospitales participantes, los cuales se integran en las OOTT del indicador.

### Verificables

- Los verificables y plazos están disponibles en: Ministerio de Salud. Orientaciones Técnicas “Implementación de Modelos de Salud Intercultural en hospitales priorizados y Servicios de Salud”. Santiago de Chile. Abril 2025.
- Documento compartido por la referencia técnica a sus contrapartes en los Servicios de Salud.

### Requisito

El requisito, equivalente al 40% del indicador, corresponde al Plan de interculturalidad. Este Plan es la sumatoria de las siguientes acciones requeridas y se dará por cumplido de forma dicotómica (Sí/No) cuando estén realizadas y enviados sus verificadores en el formato y plazo establecido:

- Conformación del Equipo de Salud Intercultural
- Selección de hospitales priorizados
- Plan anual de Implementación de Modelos de Salud Intercultural
- Estado de avance del Plan anual de Implementación de Modelos de Salud Intercultural

## Compromiso de Gestión 8: Fortalecer la salud mental en la red asistencial

### Objetivo estratégico

*"Desarrollar y consolidar una red de atención en salud mental accesible y resolutive, que permita la prevención, el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno de los problemas de salud mental, con un enfoque comunitario e integral".*

### Contexto

El fortalecimiento de la red de atención en salud mental en Chile requiere estrategias integrales que garanticen el acceso equitativo, la promoción y la prevención, el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno de los problemas de salud mental. La operacionalización de la entrega de cuidados de salud mental en la red de salud se enmarca en el modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario, en coherencia con las estrategias contenidas en el Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025, el Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud, y la Estrategia Nacional de Salud. A través de la implementación de consultorías de salud mental, intervenciones psicosociales grupales y el monitoreo de indicadores clave, se busca consolidar un sistema accesible y resolutive.

Consultorías y teleconsultorías de salud mental infanto-juvenil y adultos recibidas por establecimientos de APS e intervenciones psicosociales grupales realizadas a personas en tratamiento por salud mental en APS.

Dos estrategias clave para fortalecer la salud mental en la APS son las consultorías y teleconsultorías de salud mental, junto con las intervenciones psicosociales grupales dirigidas a personas en tratamiento por alguna condición de salud mental. Estas instancias promueven un abordaje integral, fomentan la toma de decisiones compartidas y aseguran la continuidad de los cuidados.

Las consultorías y teleconsultorías permiten el acompañamiento a los equipos de APS por parte del nivel especializado, a través de un espacio sistemático de análisis conjunto. Su propósito es apoyar la toma de decisiones clínicas, fortalecer las competencias del equipo y mejorar la calidad de los cuidados. Se constituyen como una estrategia clave de articulación entre niveles de atención, y contribuyen a la construcción de redes integradas, particularmente relevantes en territorios rurales o de difícil acceso, donde también se potencia el uso de tecnologías digitales.

Por su parte, las intervenciones psicosociales grupales se orientan al abordaje terapéutico colectivo, permitiendo a las personas compartir experiencias, desarrollar habilidades personales y sociales, y generar vínculos significativos en un espacio protegido. Estas intervenciones fortalecen factores protectores individuales y comunitarios, promueven la recuperación desde una perspectiva de derechos y mejoran la adherencia al tratamiento.

Indicadores:

- 8.1 Consultorías y teleconsultorías de salud mental en Establecimientos de Atención Primaria.
- 8.2 Intervenciones psicosociales grupales realizadas a personas en tratamiento por salud mental.

## 8.1 Consultorías y teleconsultorías de salud mental en Establecimientos de Atención Primaria.

### Descripción del Indicador

Este indicador compuesto mide el cumplimiento de las consultorías y teleconsultorías de salud mental infanto-juvenil y de adultos/as programadas en los establecimientos de Atención Primaria de Salud (APS), como parte del fortalecimiento de la capacidad resolutiva local y la implementación del cuidado integral.

Consultorías y teleconsultorías de salud mental en Establecimientos de Atención Primaria.					
DIVAP   Departamento de Cuidados Integrales en Salud					
<b>Objetivo del Indicador</b>	Asegurar que los establecimientos de Atención Primaria reciban consultorías de salud mental infanto juvenil y adultos/as.				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	$(\text{Número de consultorías infanto adolescentes recibidas} / \text{Número de consultorías infanto adolescentes programadas}) * 0.5 + (\text{Número de consultorías adultos recibidas} / \text{Número de consultorías adultos programadas}) * 0.5$				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	No	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Trimestral
<b>Número de Decimales</b>	1 Decimal aproximado				
<b>Meta</b>	Lograr un 83,0% de cumplimiento de las Consultorías y Teleconsultorías de salud mental infanto-juvenil y adultos/as programadas.			<b>Polaridad</b>	Los Valores altos son Buenos
<b>Requisito</b>	No Tiene Requisito Definido.				
<b>Exclusiones</b>	Este indicador no tiene exclusiones.				
<b>Fuente Numerador</b>	REM	<b>Fuente Denominador</b>	LOCAL		
<b>Nivel de Aplicación</b>	Las consultorías se reciben en el nivel de APS y son realizadas por el nivel de especialidad				

### Tabla sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
>=83%	4 puntos
>=75%	3 puntos
>=66%	2 puntos
>=58%	1 punto

## Definición de Términos

- **Consultoría:** 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 resolutive del nivel primario, mejorar la referencia y contra referencia de personas, entre ambos niveles de atención, garantizar la continuidad de cuidados de la población usuaria con problemas de salud o trastornos mentales. La Consultoría constituye un recurso de formación, y una instancia de coordinación, diálogo, definición de roles y responsabilidades compartidas, entre el nivel primario de atención y el nivel de especialidad en salud mental.
- **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.

## Consideraciones Técnicas

Se espera que cada establecimiento realice 12 consultorías anuales para población infanto-juvenil y 12 para adultos/as, con un cumplimiento de 83% en cada componente. Ambos subcomponentes tienen un peso del 50% en el cálculo final, de modo que solo se logra el 100% al cumplir ambos grupos

Unidad de análisis: Establecimiento de APS de dependencia municipal y de dependencia de servicios de salud (incluidos los hospitales comunitarios) que realizan programación de consultorías.

Adaptación local: en casos justificados, los Servicios de Salud podrán ajustar la cantidad de consultorías programadas por grupo según características del territorio y necesidades detectadas, resguardando la proporcionalidad y la cobertura de ambos componentes.

**El Servicio de Salud debe enviar programación de consultorías de salud mental infanto adolescente y adulto antes del 15 de mayo del presente año.**

## Bibliografía

- *Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales. Orientación Técnica Administrativa. Programa Salud Mental en la Atención Primaria de Salud. Santiago: MINSAL; 2018.*
- *Ministerio de Salud. Orientaciones Técnicas: Consultorías en Salud Mental. Santiago: MINSAL; 2016.*
- *Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025. Santiago: MINSAL; 2017.*
- *Ministerio de Salud. Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental. Santiago: MINSAL; 2017.*

## 8.2 Intervenciones psicosociales grupales realizadas a personas en tratamiento por salud mental.

### Descripción del Indicador

Este indicador refleja el comportamiento de la proporción de intervenciones psicosociales grupales como parte del tratamiento de salud mental de APS en relación al total de controles de tratamiento de salud mental de APS.

Intervenciones psicosociales grupales realizadas a personas en tratamiento por salud mental.					
DIVAP   Departamento de Cuidados Integrales en Salud					
<b>Objetivo del Indicador</b>	Aumentar el número de intervenciones psicosociales grupales realizadas a personas en tratamiento por salud mental en la APS.				
<b>Fórmula de Cálculo</b>	Número de intervenciones psicosociales grupales realizadas a personas en tratamiento por salud mental/Número de controles de salud mental realizados a personas en tratamiento por salud mental (grupales e individuales)				
<b>Cuenta con Línea Base</b>	Sí	<b>Unidad de Medida</b>	Porcentaje	<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	Mensual
<b>Número de Decimales</b>	1 Decimal Trucado				
<b>Meta</b>	Aumento del 20,00% con relación a la línea base del año 2024			<b>Polaridad</b>	Los Valores altos son Buenos
<b>Requisito</b>	No Tiene Requisito Definido.				
<b>Exclusiones</b>	No aplica para Postas de Salud Rural ni CECOSF; sin embargo si algún Servicio de Salud estima incorporar dichos establecimientos , debe señalarlo a MINSAL hasta el 30 de junio				
<b>Fuente Numerador</b>	REM	<b>Fuente Denominador</b>	REM		
<b>Nivel de Aplicación</b>	Aplica para Centros de Salud Familiar (CESFAM) de dependencia municipal y establecimientos de APS dependientes de servicio de salud (CESFAM y Hospitales comunitarios)				

### Tabla sensibilidad

Cumplimiento	Puntaje
>=20%	4 puntos
>=15%	3 puntos
>=10%	2 puntos
>=5%	1 punto

## Definición de Términos

- **Intervención psicosocial grupal:** es un control de salud mental que consiste en una intervención grupal realizada en el contexto de la atención integral de personas que ingresan a tratamiento por algún condicionante de la salud mental, factor de riesgo y/o trastornos mentales.
- **Control de salud mental:** es la intervención individual realizada por profesionales del equipo de sector con formación en salud mental, médica, técnica y/ gestor comunitario. Esta intervención es realizada en el contexto del tratamiento individual.

## Consideraciones Técnicas

Las intervenciones psicosociales grupales son intervenciones que se otorgan en el contexto de los tratamientos de salud mental de Atención Primaria, las cuales han ido en aumento en los últimos años en nuestro país. Se requiere un aumento de la proporción de este tipo de intervenciones en relación con el total de controles de salud mental que se otorgan en APS. Se debe considerar un aumento del 20% de esta proporción que incorpore un aumento paulatino de estas actividades.

El indicador considera CESFAM y Hospitales comunitarios. Si algún Servicio de Salud estima incorporar postas o CESCOF, debe informarlo a MINSAL hasta el 30 de junio.

## 6. Descripción de ficha técnica de indicadores 2025

A continuación, se presenta el formato de ficha 2025, en el que se detallan las variables consideradas, junto con una descripción de cada una. Este documento busca proporcionar claridad y precisión sobre los elementos clave, facilitando su comprensión y aplicación en los distintos procesos relacionados.

Variable	Descripción
<b>Nombre del Indicador</b>	<i>Describe claramente lo que se mide, sin unidad de medida, de forma comprensible.</i>
<b>Objetivo del indicador</b>	<i>Refleja el propósito específico que busca lograr el indicador al ser medido.</i>
<b>Perspectiva *Aplica solo para BSC</b>	<i>Hace referencia a la perspectiva que aborda cada objetivo dentro del mapa estratégico.</i>
<b>Estrategia *Aplica solo para BSC</b>	<i>Hace referencia a la estrategia que aborda cada objetivo dentro del mapa estratégico.</i>
<b>Ámbito RISS *Aplica solo para Comges</b>	<i>Hace referencia al ámbito de la RISS al que apunta el indicador.</i>
<b>Atributo *Aplica solo para Comges</b>	<i>Hace referencia al ámbito de la RISS al que apunta el indicador.</i>
<b>Responsable de gestión</b>	<i>Profesional del establecimiento o servicio de salud, responsable de coordinar, supervisar e implementar actividades relacionadas con el indicador.</i>
<b>Periodicidad de Monitoreo</b>	<i>Se refiere a la recomendación para realizar un seguimiento continuo del indicador, por parte de la institución.</i>
<b>Unidad de medida</b>	<i>Parámetro o estándar que se utiliza para cuantificar y expresar los resultados del indicador.</i>
<b>Polaridad</b>	<i>Dirección deseada de los resultados, indica mejor o peor cumplimiento.</i>
<b>Meta</b>	<i>Valor o resultado específico que se espera alcanzar en el periodo determinado.</i>
<b>Fórmula de Cálculo</b>	<i>Forma breve y precisa de expresar la información para calcular el resultado del indicador.</i>
<b>Fuente de información del Numerador</b>	<i>Origen de donde se obtiene la información del numerador necesaria para calcular el indicador.</i>
<b>Fuente de información del Denominador</b>	<i>Origen de donde se obtiene la información del denominador necesaria para calcular el indicador.</i>
<b>Número de decimales</b>	<i>Indica la cantidad de decimales del indicador.</i>
<b>Línea Base</b>	<i>Indica si indicador cuenta con LB en su construcción o para su medición.</i>
<b>Nivel de aplicación</b>	<i>Indica según cartera de prestaciones y/o servicios, los establecimientos a los que le aplica el indicador. Ejemplo: Aplica para establecimientos de mediana y alta complejidad.</i>

<b>Exclusiones</b>	<i>Se refieren a los elementos o casos que no se incluyen en la evaluación del indicador. Estas exclusiones son criterios establecidos para garantizar que los datos recogidos sean precisos y representativos del objetivo a medir. Si no tiene exclusiones → No aplica</i>
<b>División responsable</b>	<i>División MINSAL y responsable del indicador, de su monitoreo y evaluación.</i>
<b>Área técnica responsable</b>	<i>Área técnica de MINSAL responsable del indicador, su monitoreo y evaluación.</i>
<b>Tabla de sensibilidad Sugerida</b>	<i>Indica el puntaje asignado en base al cumplimiento en comparación con una meta o estándar establecido.</i>
<b>Requisito</b>	<i>Indicador u otro vinculado al indicador principal, cuyo cumplimiento equivale al 40% de la evaluación del indicador global.</i>
<b>Definición términos</b>	<i>Aclara el significado de términos clave para asegurar una comprensión uniforme y evitar ambigüedades.</i>
<b>Medios de verificación</b>	<i>Documentos, registros o herramientas que se utilizan para respaldar y comprobar la información recolectada sobre un indicador.</i>

## 7. Índice indicadores

- 1.1 Ambulatorización de cirugías mayores electivas
- 1.2 Suspensiones quirúrgicas en cirugía mayores electivas.
- 1.3 Programación anual de profesionales médicos y no médicos de manera presencial, remota y por telemedicina.
- 1.4 Programación anual de profesionales odontólogos de manera presencial, remota y por telemedicina.
- 1.5 Consulta nueva de especialidad médica en Centros de Especialidades Ambulatorias de Atención en Salud según meta por grupo de especialidades.
- 1.6 Derivaciones en APS al nivel secundario respecto a las consultas totales.
- 1.7 Altas de especialidad médica en Centros de Especialidades Ambulatorias de Atención en Salud según meta por grupo de especialidades.
- 1.8 Inasistencia a consultas médicas en Centros de Especialidades Ambulatorias de Atención en Salud.
- 1.9 Personas que abandonan durante el Proceso de Atención de Urgencia en las Unidades de Emergencia Hospitalaria Adulto y Pediátrica.
- 1.10 Personas categorizadas C2 atendidos oportunamente en las UEH adulto y pediátrico.
- 1.11 Personas con indicación de hospitalización desde UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas
- 1.12 Cierres de casos de Teleinterconsultas de Hospital Digital resueltas por las Células de Dermatología, Diabetes, Nefrología, Geriátrica, Patología Oral y Trastornos Temporomandibulares, en un plazo máximo de 30 días desde su respuesta.
- 1.13 Establecimientos del Servicio de Salud con 2 o más estrategias y/o células de Hospital Digital implementadas.
- 1.14 Camas disponibles respecto de la dotación vigente.
- 1.15 Índice de Rotación de camas.
- 1.16 Días de estada en Hospitalización Domiciliaria.
- 1.17 Donaciones de sangre altruistas por Servicio de Salud.
- 1.18 Medicamentos mermados respecto del inventario valorizado
- 1.19 Establecimientos de Atención Primaria que cumplen con el 90% del IAAPS.
- 2.1 Gestantes en control con ecografía realizada 11-13+6 semanas de gestación.
- 2.2 Gestantes en control con ecografía realizada 22 – 24 semanas de gestación
- 2.3 Tasa global de cesárea.
- 2.4 Reducción de casos en Lista de espera de Intervenciones Quirúrgicas de Incontinencia Urinaria Femenina.
- 2.5 Lactancia Materna Exclusiva en niños y niñas al sexto mes de vida
- 2.6 Cobertura de niños y niñas de 0 a 9 años en control con enfoque de riesgo y pauta CERO aplicada
- 2.7 Personas mayores de 15 años ingresados a hemodiálisis con fístula arterio venosa (FAV) realizada.
- 2.8 Personas mayores de 15 años portadores de Enfermedad renal crónica terminal (ERCT) en Peritoneo diálisis (PD) como terapia de reemplazo renal.
- 2.9 Tasa de donantes efectivos en muerte encefálica por millón de población (PMP) generados por Servicio de Salud.

- 2.10 Cumplimiento de la meta de potenciales donantes.
- 2.11 Ingresos a la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas de personas de 65 años o más.
- 2.12 Ingresos de personas al programa de dependencia severa con plan de cuidados.
- 2.13 Cuidadores de personas del programa de dependencia severa con evaluación de sobrecarga vigente
- 2.14 Cumplimiento de test visual/rápido en los establecimientos de atención primaria del Servicio de Salud.
- 2.15 Personas viviendo con VIH de la población bajo control que se encuentra en terapia antirretroviral.
- 2.16 Personas viviendo con VIH que se encuentran en terapia antirretroviral y con carga viral indetectable en el periodo
- 3.1 Cumplimiento de Garantías explícitas en Salud (GES) en la red.
- 3.2 Resolución de garantías exceptuadas transitorias acumuladas sin prestación otorgada.
- 3.3 Disminución de días de mediana de espera para Consulta Nueva de Especialidad médica
- 3.4 Disminución de días de mediana de espera para Consulta Nueva de Especialidad odontológica
- 3.5 Disminución de la mediana de días de espera para intervenciones quirúrgicas
- 3.6 Resolución de lista de espera del percentil 75 de consulta nueva de especialidad
- 3.7 Casos disminuidos de la Lista de espera de consultas nuevas de especialidades médicas con destino APS en especialidades definidas
- 3.8 Resolución de lista de espera del percentil 75 de consulta nueva de especialidad odontológica
- 3.9 Resolución de Lista de espera de especialidades odontológicas de endodoncia, prótesis removible y periodoncia en atención primaria de salud
- 3.10 Resolución de lista de espera del percentil 75 de intervenciones quirúrgicas mayores y menores
- 3.11 Resolución de Lista de espera por intervenciones quirúrgicas menores electivas en establecimientos de baja complejidad al 31 de diciembre 2024
- 4.1 Cumplimiento de los informes de planificación presupuestaria y seguimiento de los costos de producción.
- 4.2 Establecimientos hospitalarios con reportes cubo 9 de SIGCOM validados.
- 4.3 Implementación de controles críticos de seguridad de la información y ciberseguridad.
- 4.4 Procesos clínicos que cumplen con la evaluación de concordancia SIDRA-REM de las atenciones médicas de los procesos de atención abierta, cerrada y urgencia
- 4.5 Índice del gasto en convenio con personas naturales respecto a la glosa autorizada vigente.
- 4.6 Índice de ausentismo laboral por Licencia médica curativa
- 4.7 Procedimientos disciplinarios por violencia, acoso laboral y sexual cerrados en los plazos estipulados por ley.
- 4.8 Ejecución del Plan anual de mantenimiento preventivo de equipos médicos, infraestructura, ambulancias, equipos industriales
- 4.9 Hospitales con implementación de Gestión del Riesgo de Desastres
- 5.1 Cumplimiento del proceso de acreditación para Establecimientos de Atención Primaria de Salud.

- 5.2 Cumplimiento de la supervisión de las acciones de seguimiento de los eventos centinela reportados.
- 5.3 Monitoreo de consumo y resistencia de antimicrobianos en establecimientos de Atención Primaria de Salud u Hospitales comunitarios.
- 5.4 Monitoreo de consumo y resistencia en establecimientos de Alta y mediana complejidad del Servicio de Salud.
- 6.1 Cumplimiento de garantías GES en problemas de salud oncológicos
- 6.2 Lista de Espera de Intervención Quirúrgica por problemas de salud oncológicos No GES resueltos en menos de 90 días.
- 6.3 Cobertura de tamizaje para cáncer cervicouterino en establecimientos de APS municipales y dependientes de Servicio de Salud.
- 6.4 Cobertura efectiva de vacuna contra el virus de papiloma humano (VPH) en Niños, Niñas y Adolescentes (NNA) que cursan 4to año básico con dosis nonavalente.
- 7.1 Cumplimiento de acciones contenidas en el Plan trienal de Participación Social y Gestión de Satisfacción Usuaria.
- 7.2 Encuesta de satisfacción usuaria aplicada.
- 7.3 Implementación de Modelos de Salud Intercultural en hospitales priorizados y Servicios de Salud.
- 8.1 Consultorías y teleconsultorías de salud mental en Establecimientos de Atención Primaria.
- 8.2 Intervenciones psicosociales grupales realizadas a personas en tratamiento por salud mental.

## **Autores**

### **Departamento de Control de Gestión Subsecretaría Redes Asistenciales**

---

- Valentina Paz Fernandez Naveas
- Hector Henriquez Serey
- Lucia Astorga Inostroza
- Andrea Cocio Salas

## **Colaboradores**

### **Departamento de Gestión del Riesgo en Emergencia y Desastre**

---

- Carlos del Real Barrenechea
- Renato Calcagno

### **Departamento de Análisis e Información para la Gestión**

---

- George Erices Chavez
- Leonardo Andres Molina Fuentes
- Natalia Mendez

### **Departamento de Cuidados Integrales en Salud**

---

- Alvaro Campos
- Damaris Meza Lorca
- Juan Herrera
- Macarena Odette Riquelme Rivera
- Margarita Loreto Curutchet Bustamante
- Milena Pereira Romero
- Nathalie Andrea Silva Pizarro
- Norman Arnaldo Martin Romo Grogg
- Patricia Vega
- Paz Anguita

### **Departamento de Desarrollo e Integración en Atención Primaria**

---

- Ana María Hevia
- Maria de los Angeles Bravo Beristain
- Nanet Katy Gonzalez Olate

### **Departamento de Desarrollo y Calidad de Vida Laboral**

---

- Bernardita Margarita Palma Piña
- Christian Igor
- Claudia López
- Marcela Estolaza Fredes
- Thomas Mix Jimenez
- Joel Espina
- 

### **Departamento de Gestión Ambulatoria y de Apoyo Diagnóstico**

---

- Ana Olivia Jara Rojas
- Anamari Avendaño Arechavala
- Carolina Esturillo
- Carolina Isla
- Claudia Campos P.
- Cristian Matamala
- Gisela Acosta
- José Rosales C.
- Karina Trujillo
- Miguel Angel Ulloa Espinoza
- Pablo Norambuena
- Solange Burgos Estrada

### **Departamento de Gestión Hospitalaria y Red de Urgencia**

---

- Elizabeth Casanova Salazar
- Lorena Gutiérrez
- Maria Alicia Ribes Langevin
- Matias Ignacio Santos Lopez
- Maureen Schlomit Gold Semmler
- Paola Arévalo
- Patricia Cristina Acevedo Loyola
- Paulo Vilches G.
- Valentina Pino E.

### **Departamento de Gestión Normativa y Presupuestaria**

---

- Claudia Andrea Torreblanca Lazcano
- Uri Levi Hidalgo Vidal

### **Departamento de Gestión Presupuestaria**

---

- Andrea Araya Villalon
- Christopher Lui Mi
- Claudio Vallejos Herrera
- Elsa Lucia Jimenez Albornoz
- Erick Brandon Rojas Estay
- Marcelo Ignacio Arroyo Troncoso

### **Departamento de Gestión Territorial**

---

- Alicia Arias Schreiber Muñoz
- Katty Campos Salgado
- Graciela Cabral
- Jimena Gloria Pichinao Huenchuleo

### **Departamento de Información para la Gestión**

---

- Iris Karina Cerda Alvarado
- Paulina Nuñez Venegas
- Laura Morlans Huaquin

### **Departamento de Planificación y Coordinación**

---

- Juan Alvarez
- Macarena Castro

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

---

- Javiera Fuentes
- Pamela Flores
- Carmen Soledad Astargo

### **Departamento de Tecnologías de Información y Comunicaciones**

---

- Fernando Javier Chesta Carrasco
- Jose Villa
- Pablo Fabres
- Pedro Gallardo Vasquez

### **Departamento GES y Redes Complejas**

---

- Cristian Parra
- Janette Toledo Reyes
- Jessica Villena
- Marlene Valenzuela
- Yonathan San Martin Vega

---

### **Departamento Participación Social y Gestión Usuaría**

---

- Ana Becerra
- Nora Donoso Valenzuela
- Sandra Jordan Díaz

### **Departamento PRAIS**

---

- María Jose Jorquera

### **Departamento Prevención y Control VIH e ITS**

---

- María Teresa Silva

### **Plan Nacional contra la Resistencia Antimicrobiana**

---

- Marisol Cofre Albornoz
- Tania Herrera Martínez

### **Unidad de Coordinación Nacional de Donación, Procuramiento y Trasplante de Órganos y Tejidos**

---

- Carolina Oshiro Riveros
- Sandra Mardones Carreño
- José Luis Rojas Barraza.

### **Unidad de Control de Gestión y Análisis de Información**

---

- Carolina Cunill Leppe
- Jorge Neira Oyarzo

# COMGES 2025

DEPARTAMENTO DE  
CONTROL DE GESTIÓN SRA

✉ [comges@minsal.cl](mailto:comges@minsal.cl)

MINISTERIO DE SALUD

**GES** | **20**  
GARANTÍAS EXPLÍCITAS  
EN SALUD años