



Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile



INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN COMPROMISOS DE GESTIÓN 2023

**Departamento de Control de Gestión
Subsecretaría de Redes Asistenciales
Ministerio de Salud
2023**





AUTORES

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

Sebastián Cid Alvarado.
Lucía Astorga Inostroza.
Andrea Cocío Salas.
Carolina Esturillo Vivar.
Valentina Fernández Naveas.
Carolina Salgado Manzano.

COLABORADORES

Ministerio de Salud.

Gabinete.

Departamento TIC.

Fernando Chesta Carrasco.

Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Gabinete.

Departamento de Participación Ciudadana y Trato al Usuario.

Lucía Arias Pons.
Ana Becerra Widemann.
Paola Cárcamo Guzmán.

Departamento de Salud Digital.

María José Letelier.
Vezna Sabando Franulic.
Carolina Cunill Leppe.
Jorge Neira Oyarzo.

División de Presupuesto.

Departamento de Eficiencia Hospitalaria.

Andrea Caro Oberg



Christopher Lui Mi
Andrea Araya Villalón

División de Gestión de la Red Asistencial.

Departamento de Procesos Clínicos y Gestión Hospitalaria.

Susana Fuentealba Cofre
Patricia Acevedo Loyola.
Solange Burgos Estrada.

Anamari Avendaño Arechavala.
Gisella Acosta Poque.
Paulo Vilches González.
Maureen Gold Semmler.
Karina Guzmán González
Miguel Ángel Ulloa.
Silvana González Lopez
Romina Venturino Solar.
José Rosales Caniumil.
Leonardo Molina Fuentes.
Pablo Norambuena Mateluna.

Departamento GES, Redes Complejas y Líneas Programáticas.

Rodrigo Casanueva Jonhson.
Eduardo Artiga González.
Mauricio Bizama Fuentealba.
Elisa Sepúlveda Alvarado.
Yerty Martínez Paredes.
Jéssica Villena Gatica.

Departamento de Calidad y Seguridad de la Atención.

Pamela Flores Rojas.
Mauro Orsini Brignole.

Departamento de Integración de Proyectos Hospitalarios.

Alejandro Gómez Muñoz.

Oficina de Gestión de la Información.

Natalia Méndez Oyarzo.

Coordinación Nacional de Procuramiento y Trasplante de Órganos y Tejidos.

Carolina Oshiro Riveros.
Jocelyn Rojas Jeria.



División de Atención Primaria.

Departamento de Control de Gestión y Calidad.

Laura Morlans Huaquin.

Maria Loreto Espinoza Tilleria.

Departamento de Gestión de los Cuidados.

Juan Herrera Burott.

Marcela Rodriguez Romero.

Pablo Wilhelm del Villar.

Nanet González Olate.

Carolina Lara Díaz.

Nataly Silva Pizarro.

Paulina Núñez Venegas.

Álvaro Campos Muñoz.

Verónica Véliz Rojas.

División de Gestión y Desarrollo de las Personas.

Departamento de Calidad de Vida Laboral.

Christian Igor González.

Departamento de Estudios, Planificación y Control de Gestión de RHS.

Susan Marín Lizama.

División de Inversiones.

Departamento de Recursos Financieros.

Macarena Castro Brugueras.

Subsecretaría de Salud Pública.

División de Prevención y Control de Enfermedades.

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

María Teresa Silva Quilodrán.



ÍNDICE

Introducción	7
Compromiso de Gestión N°1: Proceso Ambulatorio.....	19
Compromiso de Gestión N°2: Programación de las actividades de profesionales en la red asistencial.....	26
Compromiso de Gestión N°3: Reducción de los tiempos de espera en consultas nuevas de especialidades médicas.....	33
Compromiso de Gestión N°4: Reducción de los tiempos de espera en intervenciones quirúrgicas.....	39
Compromiso de Gestión N°5: Reducción de los tiempos de espera en consultas nuevas de especialidades odontológicas.....	46
Compromiso de Gestión N°6: Fortalecimiento de la salud oncológica.....	55
Compromiso de Gestión N°7: Fortalecimiento de la salud mental.....	67
Compromiso de Gestión N°8: Fortalecimiento de la salud en personas mayores.....	73
Compromiso de Gestión N°9: Proceso de atención de urgencia en la red asistencial.....	82
Compromiso de Gestión N°10: Proceso de hospitalización.....	90
Compromiso de Gestión N°11: Proceso quirúrgico.....	95
Compromiso de Gestión N°12: Prevención y control del VIH.....	101
Compromiso de Gestión N°13: Proceso de donación y trasplante de órganos y tejidos.....	108
Compromiso de Gestión N°14: Diseño de la red asistencial, protección de niñas, niños y adolescentes y acceso a la ley Ricarte Soto.....	117
Compromiso de Gestión N°15: Salud Digital y sistemas de registro clínicos electrónicos en salud.....	130
Compromiso de Gestión N°16: Plan de calidad y seguridad en la atención.....	139
Compromiso de Gestión N°17: Plan de abordaje del ausentismo con enfoque biopsicosocial.....	149
Compromiso de Gestión N°18: Participación ciudadana en la red asistencial.....	155
Compromiso de Gestión N°19: Ejecución presupuestaria de los proyectos de inversión en la red asistencial.....	165
Compromiso de Gestión N°20: Sistema de gestión de costos en la red hospitalaria.....	170



Introducción

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

Antecedentes Históricos y Conceptos Relevantes.

La declaración de Alma-Ata, conferencia internacional realizada en el año 1978, marca un hito en lo respecta al enfoque que deben seguir los países en el mundo para garantizar la salud y la prestación de servicios sanitarios a toda su población, reiterando que, para lograr el mayor grado de salud de la población, es imperante la coordinación intersectorial y no sólo del sector salud. La promoción y protección de la salud de las personas es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de la vida y a alcanzar la paz mundial¹. Además, reconoce el derecho de las personas a participar de manera individual y colectiva en la planificación y aplicación de su atención en salud.

Para lograr este objetivo, se impulsó la estrategia de Atención Primaria de Salud como la clave para que los Gobiernos cumplan con la obligación de cuidar el estado de salud de su población, y en consecuencia, se instaló la obligación gubernamental de formular políticas y estrategias nacionales para iniciar y mantener a la Atención Primaria como parte de un sistema nacional de salud completo y coordinado con otros sectores, con el objetivo mundial de que al año 2000, los países debían alcanzar un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. Sin embargo, al finalizar el milenio, la evaluación de su implementación fue deficiente en la mayoría de los países², lo que condujo a renovar los esfuerzos y buscar nuevos enfoques y alternativas para cumplir con el mandato.

En el año 2003 - y a 25 años de la declaración de Alma-Ata - la Organización Panamericana de Salud realizó un proceso de reformulación de las estrategias en Atención Primaria. Durante la celebración de su 44° consejo directivo, se resuelve que los Estados miembros deben reforzar sus esfuerzos para que la atención primaria cuente con los recursos necesarios que aseguren su contribución a la reducción de las desigualdades en salud, y por su parte, la OPS debía iniciar un proceso que recogiera las mejores prácticas de la región a través de una consulta regional, para definir las futuras orientaciones estratégicas y programáticas en la materia³. Como producto de lo anterior, en el año 2005 se publica el documento **“La Renovación de la Atención Primaria de**

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

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

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



Salud en las Américas⁴. En sus orientaciones, se propone como estrategia fundamental los Sistemas de Salud basados en Atención Primaria, la cual incluye los principios fundamentales de la declaración de Alma-Ata, pero además incorpora nuevas visiones y estrategias como la **Carta de Ottawa**⁵ para la promoción de la salud, la **Declaración del Milenio**⁶ y la **Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud**. Posteriormente, tanto a nivel regional como mundial, la OPS - OMS continuó presentando orientaciones para afrontar el desafío que propone la Atención Primaria en los países^{7 8}.

Sin embargo, uno de los principales problemas sin resolver, y que afecta directamente el cumplimiento de los objetivos planteados para desarrollar los sistemas de salud basados en Atención Primaria, corresponde al alto nivel de fragmentación que presentan las redes de servicios de salud. Debido a que la experiencia acumulada demuestra que la excesiva fragmentación de los servicios de salud genera dificultades en el acceso a los servicios, la prestación de servicios de baja calidad técnica, el uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles, un incremento innecesario de los costos de producción, y una baja satisfacción de los ciudadanos con los servicios recibidos⁹, la OPS desarrolló durante el año 2008 un proceso de consultas con los países para tratar el problema de la fragmentación de los servicios de salud y las estrategias para abordarla, cuyo producto fue la publicación del documento **"Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas"**, presentado y aprobado en el 49º Consejo Directivo de la OPS en el año 2009. En aquella instancia, se insta a los países miembros a tomar conciencia de la problemática que significa la fragmentación de los servicios de salud en el sistema, a propiciar un diálogo participativo que aborde la problemática de la fragmentación, y a elaborar un plan nacional que busque la implementación de las Redes Integradas de Servicios de Salud con un enfoque de salud familiar y comunitario. A su vez, se promueve la formación de recursos humanos en la materia y a la evaluación periódica de la instalación de las Redes Integradas de Servicios de Salud en los sistemas¹⁰.

Posteriormente, en el año 2011 se publica el documento **"Redes Integradas De Servicios De Salud: El Desafío De Los Hospitales"**, el cual aborda la redefinición del rol de los hospitales y su posición para vencer la fragmentación, debido a que la visión tradicional de los hospitales como entidades "autónomas" y la falta de coordinación entre los servicios hospitalarios y otros dispositivos de la red de servicios, constituyen un factor importante de esa fragmentación y atentan contra la necesidad de nuevos modelos de prestación de servicios de salud más adaptados a las nuevas necesidades y que provean servicios de salud eficientes, efectivos y

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

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

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

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

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

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

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



equitativos. Además, aborda la problemática que resulta la percepción social de los hospitales y el privilegio de las asignaciones presupuestarias hacia ellos, en desmedro del desarrollo de la Atención Primaria¹¹.

Hacia el año 2014, en la 53° sesión del Consejo Directivo de la OPS, se aprueba la **“Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud”**, debido a que la región continúa siendo una de las más inequitativas del mundo en la entrega de prestaciones de salud¹². Y como apoyo a la implementación de esta estrategia y al desarrollo de las RISS, en el año 2018 se publica el documento **“Hospitales en Redes Integradas de Servicios de Salud. Recomendaciones Estratégicas”**, cuyo objetivo principal es presentar las ideas surgidas de la discusión regional sobre el futuro de los hospitales y las nuevas funciones de los hospitales en las RISS. Además, considera y sintetiza, entre otros, los planteamientos del documento Redes integradas de servicios de salud: el desafío de los hospitales, las discusiones de los talleres de gerentes realizados en 28 países de las Américas, el resultado de diversos encuentros de especialistas y los estudios realizados por la OPS para recoger opiniones de los gestores en determinados países de la Región. También se nutre de experiencias internacionales y buenas prácticas reconocidas en una revisión bibliográfica sistemática sobre la evolución y tendencias futuras del hospital realizada por la Escuela Andaluza de Salud Pública por encargo de la OPS¹³.

Y el día de hoy, a 40 años de la Declaración de Alma-Ata, los compromisos expresados en aquella histórica instancia se reafirman con el mismo ímpetu y convicción. Durante el desarrollo de la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud, desarrollada en el mes de octubre de 2018 en Kazajstán, se publica la **“Declaración de Astaná”**, en donde los jefes de estado y gobiernos reafirmaron su compromiso con todos los valores y principios, y en particular la justicia y la solidaridad, de la Declaración de Alma-Ata, y se comprometen a tomar decisiones políticas audaces en pro de la salud en todos los sectores; establecer una atención primaria de la salud que sea sostenible, desarrollando conocimientos y capacidades, tecnologías y asignación del financiamiento adecuado y acorde a cada capacidad; empoderar a las personas y las comunidades; y alinear el apoyo de las partes interesadas con las políticas, estrategias y planes nacionales¹⁴.

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

Redes Integradas de Servicios de Salud

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

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

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

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



Las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), definidas como **“una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”**, corresponden a la estrategia impulsada por la OPS para vencer la fragmentación, problemática presente en los países de Latinoamérica y que dificulta la consecución de logros sanitarios. Las causas que provocan fragmentación en los sistemas son variadas, entre las que se encuentran:

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

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

— **A nivel de las Personas:**

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

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

- Descoordinación e incomunicación entre los distintos niveles y sitios de atención.
- Duplicación de servicios e infraestructura.
- Capacidad instalada ociosa.
- Sobreutilización de recursos.
- Cuidado de salud provisto en el lugar menos apropiado, particularmente a nivel hospitalario¹⁵¹⁶.

Publicaciones OPS sobre RISS

2009

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



1

El Desafío de los Hospitales



2011

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

2018

Hospitales en Redes Integradas de Servicios de Salud. Recomendaciones Estratégicas



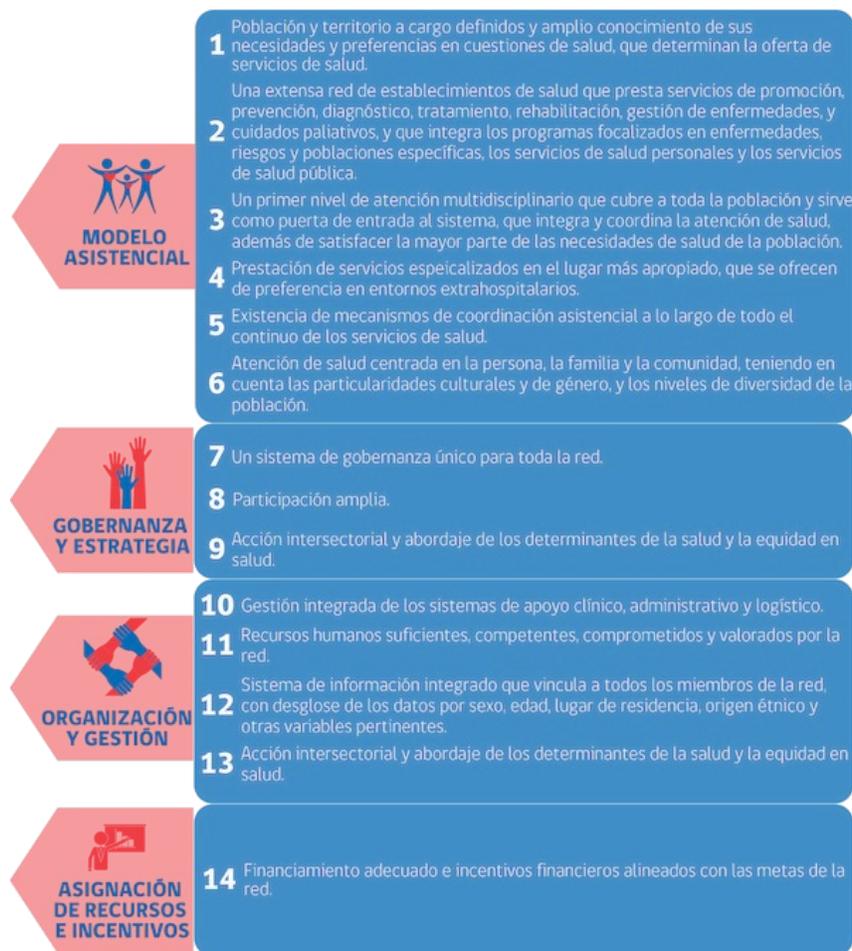
15 Organización Panamericana de la Salud “Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas”, Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No.4. Washington, D.C.: OPS, © 2010.

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



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

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



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

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

Es importante recalcar que las Redes Integradas de Servicios de Salud no se implementan por decreto, sino a través de diversos procesos sociales, comunicaciones, de trabajo mutuo y construcción de las confianzas necesarias para llevarlas a cabo. Y una de las estrategias propuestas para poder implementarlas, es a través de



la ejecución de Compromisos de Gestión, diseñados para implementar y fortalecer los diferentes ámbitos y atributos que establece la metodología de trabajo.

Marco Legal

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

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

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

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

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



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

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

Por último, según lo establecido dentro de las funciones competentes al Ministerio de Salud con respecto a la formulación, evaluación y actualización de los lineamientos estratégicos del sector, estos son desarrollados a través del formulario A1 para periodo 2023-2026, el cual establece la misión institucional, los objetivos estratégicos institucionales de la Subsecretaría de Redes Asistenciales y los productos específicos esperados para cada uno de ellos. Este marco es vital para la formulación de los instrumentos de evaluación y control de gestión del sector, el cual será analizado con más detalle en la metodología de formulación de los Compromisos de Gestión para el periodo 2023 - 2026.

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



Marco Metodológico de la formulación de los Compromisos de Gestión periodo 2023 - 2026.

El marco establecido para el proceso de formulación de los Compromisos de Gestión surge desde los lineamientos estratégicos que perentoriamente debían ser integrados en la labor: Misión Institucional, Objetivos Relevantes del Ministerio de Salud y Objetivos Estratégicos de la Subsecretaría de Redes Asistenciales²⁰. El cruce entre los objetivos relevantes y estratégicos genera cinco productos estratégicos, dentro de los cuales se encuentran los Compromisos de Gestión. Además, se integra el marco establecido por el Programa de Gobierno en Salud para el periodo 2022 - 2026. Este marco referencial, en conjunto con las prioridades identificadas por cada una de las Divisiones que componen la Subsecretaría de Redes Asistenciales, fijarían la ruta para establecer las propuestas de Compromisos de Gestión para el periodo 2023 - 2026.



Misión Institucional de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

“Regular y supervisar el funcionamiento de las redes de salud a través del diseño de políticas, normas, planes y programas, velando por su cumplimiento, la coordinación y articulación, que permitan satisfacer las necesidades de salud de la población usuaria, en el marco de los objetivos sanitarios, con énfasis en la entrega de prestaciones de calidad que generen satisfacción en nuestra población.”.

Objetivos Estratégico de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, Periodo 2023 - 2026.

Objetivos Estratégicos institucionales	
Número	Descripción
1	Fortalecer la Atención Primaria de Salud como piedra angular de la estrategia nacional de salud, manteniendo acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos a lo largo del curso de vida, reforzando su rol como coordinador de los cuidados de la población con todos los niveles del sistema de salud y el intersector.
2	Distribuir capacidades a la red asistencial con el fin de avanzar en el cuidado integral de la población con enfoque de derechos y perspectiva de género, generando un modelo eficiente de tiempos de espera para la resolución de los problemas de salud.

²⁰ Ministerio de Hacienda, Formulario A1 Subsecretaría de Redes Asistenciales Periodo 2023-2026, Santiago: DIPRES; 2023. Consultar en: http://www.dipres.gob.cl/597/articles-290462_doc_.pdf



3	Fortalecer la institucionalidad a través de la gestión por procesos, buscando hacer un uso eficiente de los recursos para aumentar la cobertura y equidad en salud, con énfasis en el acceso a medicamentos desde la mirada financiera y logística.
4	Mejorar las condiciones laborales, fortaleciendo los derechos de los funcionarios y el desarrollo profesional a través de un sistema de capacitación y formación continua, manteniendo siempre una perspectiva de género e interculturalidad.
5	Fortalecer la infraestructura de la red sanitaria a través de un plan nacional de inversiones en salud, con enfoque de equidad territorial, vinculando a las macrozonas para un desarrollo ordenado, y potenciando la articulación de la red, con perspectiva de género e intercultural, en miras a un sistema universal de salud.

Descripción del Producto Estratégico de la Subsecretaría de Redes Asistenciales asociado a los Compromisos de Gestión, Periodo 2023 - 2026.

Producto Estratégico		
Número	Producto Estratégico	Descripción
1	Monitoreo y evaluación del Sistema de atención de salud en redes.	Monitoreo y evaluación del Modelo de atención de salud en redes. Monitoreo y evaluación de los Servicios de Salud y APS a través de instrumentos de medición específicos: compromisos de gestión, evaluación de la gestión, índice de actividad de la APS, Metas sanitarias, modelo de gestión de reclamos ciudadanos; gestión de camas, evaluación de calidad, entre otros.

Evaluación de los Compromisos de Gestión.

Periodicidad de la evaluación.

La evaluación de los compromisos de gestión desde el año 2023 se realizará semestralmente, con monitoreos mensuales para los indicadores que sus fuentes sean oficiales o que se puedan obtener con tal periodicidad. Los resultados serán publicados por la Subsecretaría de Redes Asistenciales en un tablero de información, tanto para el monitoreo como para la evaluación.

Pasos de la evaluación.

Los pasos que seguirá la evaluación de los compromisos de gestión son los siguientes:

- 1. Recopilación de la información:** La primera etapa de la evaluación consta de la recopilación de datos y medios de verificación para evaluar cada uno de los indicadores. Al respecto, existen dos vías: los indicadores que tengan fuentes centralizadas de publicación, como, por ejemplo, los obtenibles desde SIGTE, SIGGES, SIGFE, REM, o cualquier otra plataforma MINSAL, serán extraídos de forma centralizada y no es necesario que los Servicios de Salud envíen dato alguno. Y, por otro lado, los indicadores que tienen fuentes propias o medios de verificación documentales, los cuales deben ser entregados por los Servicios de Salud a través del sistema de carpetas compartidas COMGES, en los plazos establecidos.
- 2. Evaluación de los indicadores:** Esta segunda etapa consta de la evaluación, por parte de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, de todos los indicadores que forman parte de los compromisos de gestión. Para tal



fin, se toman en consideración los datos extraídos de las fuentes oficiales MINSAL y de los medios de verificación documentales enviados por los Servicios de Salud. Una vez concluida la evaluación, será publicada por parte de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

- 3. Solicitud de apelación a la evaluación:** Los Servicios de Salud podrán apelar a los resultados obtenidos en la evaluación de los compromisos de gestión. Para tal fin, deberán enviar un formulario de apelación por cada compromiso de gestión al cual deseen apelar, junto con los medios de verificación que la respalden. Toda esta información deberá ser cargada en el sistema de carpetas compartidas COMGES dentro de los plazos establecidos.
- 4. Publicación de la evaluación final:** Una vez concluida la revisión de las apelaciones enviadas por los Servicios de Salud, se recalculará la evaluación y se publicarán los resultados finales, los cuales tienen el carácter de definitivos y no son apelables.

Metodología de cálculo.

La versión del año 2023 consta de 20 compromisos de gestión. Existirán dos evaluaciones al año, primer y segundo semestre, y cada una de estas evaluaciones representará el 50% de la evaluación anual. La evaluación de cada compromiso representará un 5,0% de la evaluación total, por lo tanto, el porcentaje de cumplimiento máximo a cumplir es de un 100,0%. Por otra parte, un compromiso de gestión puede tener entre 1 a 3 indicadores. Cada uno de estos indicadores tendrán el mismo peso en la evaluación del compromiso, por lo tanto, se reparten de forma equitativa la ponderación. La siguiente tabla muestra la ponderación por cada indicador:

Número COMGES	Nombre COMGES	Número Indicador	Nombre Indicador	Ponderación
1	Proceso ambulatorio	1.1	Porcentaje de cumplimiento de indicadores de gestión relacionados con la atención de especialidad en el nivel secundario.	5,0%
2	Programación de actividades y profesionales en la red asistencial	2.1	Porcentaje de cumplimiento de la programación de actividades trazadoras por comuna y establecimiento APS dependiente de Servicio de Salud.	2,5%
2		2.2	Porcentaje de cumplimiento de la programación anual de profesionales realizada de manera presencial, remota y por telemedicina.	2,5%
3	Reducción de los tiempos de espera en consultas nuevas de especialidades médicas	3.1	Porcentaje de casos disminuidos de la lista de espera de consultas nuevas de especialidades médicas con destino APS en las especialidades de oftalmología, ginecología (climaterio), otorrinolaringología y dermatología, ingresadas con fecha igual o anterior 31 de marzo del año 2023.	1,67%
3		3.2	Variación de la mediana de días de espera para consultas nuevas de especialidades médicas.	1,67%
3		3.3	Porcentaje de reducción de los casos sobre el percentil 75 de días de espera para consultas nuevas de especialidades médicas.	1,67%
4	Reducción de los tiempos de espera en intervenciones quirúrgicas	4.1	Porcentaje de disminución de la lista de espera por intervenciones quirúrgicas menores electivas en establecimientos de baja complejidad, ingresadas con fecha igual o anterior al 31 de marzo del año 2023.	1,67%
4		4.2	Variación de la mediana de días de espera para intervenciones quirúrgicas.	1,67%
4		4.3	Porcentaje de reducción de los casos sobre el percentil 75 de días de espera para intervenciones quirúrgicas.	1,67%
5	Reducción de los tiempos de espera en consultas nuevas de especialidades odontológicas	5.1	Porcentaje de egresos de la lista de espera de especialidades odontológicas en atención primaria de salud.	1,67%
5		5.2	Variación de la mediana de días de espera para consultas nuevas de especialidades odontológicas.	1,67%
5		5.3	Porcentaje de reducción de los casos sobre el percentil 75 de días de espera para consultas nuevas de especialidades odontológicas.	1,67%
6	Fortalecimiento de la salud oncológica	6.1	Porcentaje de cumplimiento de garantías GES, resolución de garantías GES oncológicas exceptuadas transitorias acumuladas sin prestación en patologías oncológicas y metas de reducción de tiempos de espera quirúrgicos por problemas de salud oncológicos no GES en el periodo.	1,67%



6		6.2	Porcentaje de cumplimiento de las actividades de implementación del modelo de gestión de la red asistencial oncológica en el periodo.	1,67%
6		6.3	Cobertura efectiva de vacuna contra el virus de papiloma humano (VPH) en NNA que cursan 4to y 5º año básico.	1,67%
7	Fortalecimiento de la salud mental	7.1	Porcentaje de cumplimiento del proceso de mejora continua de la red temática en salud mental en cada Servicio de Salud.	5,0%
8	Salud en personas mayores	8.1	Porcentaje de establecimientos que ejecutan y programan actividades para el cuidado integral de personas de 65 años o más.	2,5%
8		8.2	Porcentaje de cumplimiento de las acciones para el fortalecimiento del programa de atención domiciliaria en el periodo.	2,5%
9	Proceso de atención de urgencia en la red asistencial	9.1	Porcentaje de derivación de pacientes con ENT, desde los servicios de urgencia APS y hospitalarios hacia establecimientos de atención primaria, de acuerdo con protocolo desarrollado e implementado, con atención efectiva en el periodo.	2,5%
9		9.2	Porcentaje de usuarios que abandonan durante el proceso de atención de urgencia en las unidades de emergencia hospitalaria adulto y pediátrica.	2,5%
10	Proceso de hospitalización	10.1	Porcentaje de cumplimiento del plan de mejora sobre gestión y eficiencia del proceso de hospitalización.	5,0%
11	Proceso quirúrgico	11.1	Porcentaje de ambulatorización de cirugías mayores.	1,67%
11		11.2	Porcentaje de suspensión de intervenciones quirúrgicas en pacientes de tabla quirúrgica programada.	1,67%
11		11.3	Porcentaje de incremento de la producción de intervenciones quirúrgicas electivas.	1,67%
12	Prevención y control del VIH	12.1	Porcentaje de cumplimiento test visual/rápido programado por establecimientos de atención primaria del Servicio de Salud.	1,67%
12		12.2	Porcentaje de personas viviendo con VIH de la población bajo control que se encuentran en terapia antirretroviral y con carga viral indetectable en el periodo.	1,67%
12		12.3	Porcentaje de usuarios en abandono que retoman controles y tratamiento antirretroviral en el periodo.	1,67%
13	Proceso de donación y trasplante de órganos y tejidos	13.1	Tasa de donantes efectivos en muerte encefálica pmp generados por Servicio de Salud por año.	1,67%
13		13.2	Porcentaje de potenciales donantes con certificación de muerte encefálica, en los hospitales de la red.	1,67%
13		13.3	Porcentaje de formularios A del abordaje familiar en el proceso de donación de los hospitales de la red.	1,67%
14	Diseño de la red asistencial, protección de niñas, niños y adolescentes y acceso a la ley Ricarte Soto	14.1	Porcentaje de cumplimiento de las medidas de integración de macro redes territoriales a partir del Diseño de la Redes Asistenciales.	1,67%
14		14.2	Porcentaje de implementación de estrategias de protección y acompañamiento de niñas, niños y adolescentes en establecimientos de atención secundaria y terciaria.	1,67%
14		14.3	Porcentaje de incorporación de nuevos problemas de salud de la Ley Ricarte Soto en la red del Servicio de Salud.	1,67%
15	Salud Digital y sistemas de registro clínicos electrónicos en salud	15.1	Porcentaje de derivaciones por tele- informes de mamografía y a las células de especialidades dermatología, diabetes, nefrología, geriatría y patología oral de Hospital Digital en el periodo.	1,67%
15		15.2	Porcentaje de cierres de casos de tele interconsultas resueltas por las células de especialidad en la plataforma de Hospital Digital, realizados antes de 30 días.	1,67%
15		15.3	Porcentaje de procesos clínicos que cumplen con la evaluación de concordancia entre las atenciones médicas de los procesos priorizados (atención abierta, cerrada y urgencia) informadas a través de los registros clínicos (SIDRA) y las atenciones médicas informadas en el periodo a través de los REM enviados por los Servicios de Salud al DEIS.	1,67%
16	Plan de calidad y seguridad en la atención	16.1	Porcentaje de actividades del plan de calidad y seguridad de la atención ejecutadas por las comunas a través de las direcciones de salud municipal y/o corporaciones.	1,67%
16		16.2	Porcentaje de cumplimiento de la implementación de las normas de seguridad y calidad de la atención.	1,67%
16		16.3	Porcentaje de profesionales con actividad asistencial que trabajan en servicios de urgencia con capacitación vigente en precauciones estándares.	1,67%
17	Plan de abordaje del ausentismo con enfoque biopsicosocial	17.1	Porcentaje de acciones implementadas del Plan de Abordaje del ausentismo con enfoque Biopsicosocial	5,0%
18	Participación ciudadana en la red asistencial	18.1	Porcentaje de acciones planificadas, medidas y evaluadas del plan anual de participación ciudadana en el periodo.	5,0%
19	Ejecución presupuestaria de los proyectos de inversión en la red asistencial	19.1	Porcentaje de presupuesto devengado en los subtítulos 29 (circular 33), 31 y 32 en relación con el monto de inversión decretado totalmente tramitado.	5,0%
20	Sistema de gestión de costos en la red hospitalaria	20.1	Porcentaje de establecimientos con reportes validados en sistema de costos SIGCOM.	2,5%
20		20.2	Porcentaje de establecimientos con sistema de costos implementados.	2,5%



Para finalizar, en el caso de que algún indicador tenga más de una acción por corte, su ponderación también será repartida de manera proporcional.

Compromisos de Gestión para el Año 2023.

COMPROMISOS DE GESTIÓN 2023

MODELO ASISTENCIAL

1. Proceso Ambulatorio
2. Programación de actividades y profesionales en la red asistencial
3. Reducción de los tiempos de espera en consultas nuevas de especialidades médicas
4. Reducción de los tiempos de espera en intervenciones quirúrgicas
5. Reducción de los tiempos de espera en consultas nuevas de especialidades odontológicas
6. Fortalecimiento de la salud oncológica
7. Fortalecimiento de la salud mental
8. Salud en personas mayores
9. Proceso de atención de urgencia en la red asistencial
10. Proceso de hospitalización
11. Proceso quirúrgico
12. Prevención y control del VIH
13. Proceso de donación y trasplante de órganos y tejidos
14. Diseño de la red, protección de NNA y acceso a la ley Ricarte Soto



ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN

15. Salud Digital y sistemas de registro clínicos electrónicos en salud
16. Plan de calidad y seguridad en la atención
17. Plan de abordaje del ausentismo con enfoque biopsicosocial

GOBERNANZA Y ESTRATEGIA

18. Participación ciudadana en la red asistencial



ASIGNACIÓN DE RECURSOS E INCENTIVOS

19. Ejecución presupuestaria de los proyectos de inversión en la red asistencial
20. Sistema de gestión de costos en la red hospitalaria



Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile



COMPROMISO DE GESTIÓN N°1 PROCESO AMBULATORIO



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

1. Objetivo General

Asegurar a los usuarios una atención y cuidado continuo, integrado y coordinado dentro de la red asistencial, que permita un oportuno acceso a su atención de especialidad ambulatoria.

2. Objetivos Específicos

- Aumentar los cupos para Consultas Nuevas de Especialidad (CNE) médica.
- Disminuir el porcentaje de pacientes que no se presentan a una consulta agendada.
- Velar y vigilar la continuidad en la atención.
- Disponer de la información de los pacientes que se derivan y contra derivan entre los diferentes niveles de atención.
- Promover que la atención del usuario se realice en el correcto nivel de atención de acuerdo con la complejidad de sus cuidados.
- Integrar y entregar información suficiente y de calidad que ayude a la toma de decisiones y a mejorar la gestión en red para la continuidad de los cuidados y resolución de problemas de salud.
- Promover la coordinación entre los niveles administrativos y clínicos de los establecimientos que conforman una red de atención para que intervengan en el proceso de referencia y contrarreferencia.

3. Marco Referencial

Los establecimientos ambulatorios de especialidad, a través de sus prestaciones, tienen como objetivo generar una oportuna resolución del problema de salud de los usuarios referidos por distintas vías, entre las cuales se destacan las derivaciones desde Atención Primaria de Salud y entre los especialistas, ambas requieren una evaluación de pertinencia clínica/administrativa, priorización y otorgamiento de la modalidad de atención. Para que estas derivaciones se realicen de manera efectiva, es necesario mantener un modelo que asegure la continuidad de atención y cuidado de la salud del usuario, siendo necesaria la utilización de sistemas de referencia y contrarreferencia de manera organizada, coordinada, eficaz y eficiente entre los diferentes niveles de atención. Por lo anterior, se hace indispensable que los establecimientos tengan una adecuada comunicación y coordinación, de manera formal, a través de sistemas tecnológicos que permitan la fluidez de la información a tiempo real, o de lo contrario, se trabaje en un sistema manual que logre los objetivos ya mencionados.

Por otra parte, respecto a la programación de las prestaciones de salud, la atención ambulatoria de especialidad se organiza a través de un sistema de agenda donde traspasa la programación anual de todos los profesionales médicos y no médicos. Todo lo anterior se basa en lineamientos entregados en las Orientaciones para la Planificación y Programación de la Red y las Orientaciones Técnicas para el Proceso de Gestión de Agendas en



atenciones ambulatorias de especialidad. En el subproceso de Administración y Programación de la Agenda, se debe considerar un adecuado porcentaje de consultas nuevas que asegure fluidez en el acceso a primera consulta de especialidad. Por otro lado, en el subproceso de Gestión de citas, se deben realizar todas las acciones necesarias para asegurar la asistencia del usuario a su hora programada, manteniendo un bajo porcentaje de NSP (No Se Presenta) contribuyendo a la eficacia y eficiencia en la atención de especialidad.

Por último, durante la atención clínica, es relevante que el especialista otorgue el plan diagnóstico y terapéutico, y una vez que considere que el usuario puede continuar los cuidados en otro nivel de atención, proporcione el alta de la especialidad hacia el establecimiento que corresponda junto a un documento de contrarreferencia.

4. Definiciones y Terminología

- **Sistema de Referencia y Contrarreferencia:** Es el conjunto de actividades administrativas y asistenciales, que definen la referencia del usuario de un establecimiento de salud de menor a otro de mayor capacidad resolutoria y la contra referencia de éste a su establecimiento de origen, a objeto de asegurar la continuidad de atención y cuidado de su salud.
- **Referencia (sinónimo de derivación):** Es la solicitud de evaluación diagnóstica y/o tratamiento de un paciente derivado de un establecimiento de salud de menor capacidad resolutoria a otro de mayor capacidad, con la finalidad de asegurar la continuidad de la prestación de servicio.
- **Contrarreferencia:** Es la respuesta del especialista, dirigida al profesional del establecimiento o Servicio Clínico de origen del paciente, respecto de la interconsulta solicitada. Es aquel procedimiento, mediante el cual se retorna al paciente al establecimiento de origen y/o al que pudiese asegurar la continuidad del caso, luego de haberse atendido satisfactoriamente el requerimiento. Este procedimiento debe incluir la respuesta del especialista respecto de la interconsulta solicitada. La contra referencia se incorpora en dos instancias:
 - Cuando el paciente recibe su primera atención (consulta nueva).
 - Al momento del alta del paciente de la patología por la cual fue derivado o que fue estabilizado y requiere continuidad de la atención con un plan terapéutico definido.

Situaciones especiales de contrarreferencia

- En el caso excepcional que el origen de la referencia sea el servicio de urgencia la contrarreferencia será remitida al establecimiento de APS donde está inscrito el beneficiario.
- Aquellas situaciones en que la solicitud sea una consulta y/o procedimiento con carácter de tamizaje también requerirán una respuesta del resultado al referente
- En el caso de programas de crónicos donde el control del paciente es compartido, entre APS y nivel secundario o terciario con acciones definidas en cada nivel, en esta situación debe existir un mecanismo de comunicación expedito entre ambos establecimientos que asegure la continuidad del cuidado.
- **Protocolo de Referencia y Contrarreferencia:** Son instrumentos de aplicación, eminentemente práctica que determinan los procedimientos administrativos y asistenciales requeridos para efectuar la referencia y contra referencia de los usuarios entre establecimientos de la red asistencial, que deben ser elaborados



y validados por la Red asistencial donde se aplican.

- **Solicitudes de Interconsulta (SIC):** Derivación de un paciente por parte del médico o profesional tratante a otro profesional sanitario, para ofrecer una atención complementaria tanto para su diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación.
- **Pertinencia:** Proceso de derivación del usuario (a), de acuerdo con los protocolos de Referencia y Contrarreferencia de la Red, que se inicia con la evaluación de la totalidad de Solicitudes de Interconsultas (SIC) y Órdenes de atención GES y NO GES, generados por los distintos establecimientos de la Red, ya sea, Atención Primaria de Salud, Servicios de Urgencia, Establecimientos Ambulatorios de Especialidad y también las realizadas desde las Unidades de Hospitalización.

Se debe considerar que la evaluación de la pertinencia se efectúa en dos momentos:

1. Al momento de recepcionar las interconsultas u órdenes de atención en establecimiento de destino, previo a su priorización.
2. Al momento de la atención del usuario, en el box con el especialista (Médico u odontólogo). En dicha instancia ya se habla de pertinencia de la consulta en box.

En estas acciones se pueden obtener como resultado dos estados: pertinente o no pertinente:

Existen dos causas de No Pertinencia:

1. No pertinencia por no cumplir con las reglas de derivación: esta ocurre cuando la derivación no cumple con los criterios definidos en los flujos de derivación (Normas de Referencia y Contra referencia) sobre el establecimiento y/o especialidad a la cual derivar.
2. No pertinencia por no respetar los criterios clínicos de Inclusión o exclusión del problema de salud causante de la derivación

Consultas pertinentes según criterio clínico en box: corresponde a las referencias que consideran los criterios clínicos de inclusión o exclusión del problema de salud causante de la derivación.

- **Protocolo resolutivo:** documento que contiene un conjunto de recomendaciones sobre procedimientos diagnósticos y terapéuticos, con tiempos definidos para la resolución eficiente de una patología.
- **Alta de nivel secundario:** proceso administrativo por el cual un paciente, que ya ha cumplido con su plan diagnóstico y terapéutico, es referido a su domicilio y/o a su establecimiento de atención primaria de origen con un documento de contrarreferencia.
- **Agenda:** Es la estructura organizativa de las actividades asistenciales programables y ambulatorias, por tipo de atención, en la que se produce la citación de un paciente. Está definida por una carga de actividad y rangos horarios determinados, basado en los rendimientos acordados para dicha actividad. El número de agendas a habilitar en cada establecimiento responde a las características del mismo, definiéndose por especialidad y/o facultativo y/o actividad.
- **Agendamiento:** proceso a través del cual se asigna una citación de acuerdo a la oferta de horas de los profesionales y la priorización de las solicitudes. Lo anterior incluye contactar previamente al paciente



y entregar indicaciones, si corresponde, para que ésta se lleve a cabo.

- **Gestión de citas:** Actividades que tienen por objetivo disminuir los pacientes que no se presentan a su atención de salud, asegurando el acceso y oportunidad. De esta manera se contribuirá a realizar una gestión eficiente de la lista de espera junto a sus recursos existentes y también mejorar la satisfacción usuaria.
- **Consulta nueva de especialidad:** Es la primera atención generada por un episodio de una enfermedad, mediante la que se puede o no dar resolución a un problema de salud. Cada primera atención generada por una interconsulta es una consulta nueva por la especialidad que realiza la atención, independiente que el paciente haya sido atendido en otra ocasión en la especialidad.
- **No Se Presenta (NSP):** corresponde al estado en que el usuario no se presenta a su atención de salud, previo contacto efectivo de la cita agendada.

5. Nombre del Indicador

1.1 Porcentaje de cumplimiento de indicadores de gestión relacionados con la atención de médicos especialistas realizados en establecimientos ambulatorios de especialidad.

6. Meta Nacional Año 2023

- 90% de cumplimiento de indicadores de gestión relacionados con la atención de médicos especialistas realizados en establecimientos ambulatorios de especialidad.

Metas por especialidad:

- ≥ 33,0% de Consultas Nuevas de Especialidad (CNE) médica en atención secundaria.
- ≤ 14,0% de usuarios que No Se Presentan (NSP) a la consulta médica de especialidad
- ≥ 90,0% de consultas derivadas desde el nivel secundario (CDT/CRS/CAE/Hospitalizado) catalogadas como pertinentes según médico especialista de acuerdo con criterio clínico en box.
- ≥ 10,0% de altas de consulta médica de especialidad en establecimientos ambulatorios de especialidad, en relación con el total de consultas médicas realizadas en el mismo nivel.
- ≥ 80,0% de contrarreferencias realizadas al alta de consulta médica de especialidad en Atención Secundaria, en relación con el total de altas realizadas en el mismo nivel.

7. Ficha General del Indicador

Nombre del indicador	1.1 Porcentaje de cumplimiento de indicadores de gestión relacionados con la atención de médicos especialistas realizados en establecimientos ambulatorios de especialidad.
Fórmula de cálculo	$\left(\frac{A}{M} * 0,2 + \frac{B}{M} * 0,15 + \frac{C}{M} * 0,15 + \frac{D}{M} * 0,3 + \frac{E}{M} * 0,2\right) * 100$ <p style="text-align: center;"><u>Definiciones:</u></p>



	<p>A: Sumatoria del N° de especialidades que cumplen con el porcentaje solicitado de Consultas Nuevas en el periodo evaluado ($\geq 33,0\%$).</p> <p>M: Sumatoria del N° total de especialidades que tributan producción en el periodo evaluado.</p> <p>B: Sumatoria del N° de especialidades que cumplen con el porcentaje de pertinencia de consultas de acuerdo con criterio clínico en box por médico especialista derivadas desde CDT/CRS/CAE/Hospitalizado en el periodo evaluado ($\geq 90,0\%$).</p> <p>C: Sumatoria de N° de especialidades que cumplen con el porcentaje de contrarreferencia al alta médica de especialidad realizadas en el periodo evaluado ($\geq 80,0\%$).</p> <p>D: Sumatoria de N° de especialidades que cumplen con el porcentaje de alta médica de especialidad realizadas en el periodo evaluado ($\geq 10,0\%$).</p> <p>E: Sumatoria de N° de especialidades que cumplen con el porcentaje de NSP a consulta de especialidad médica en el periodo evaluado ($\leq 14,0\%$).</p>
Fuente de datos	<ul style="list-style-type: none"> - NSP: REM 07 REM 32 - Alta: REM 07 REM 32 - Consulta Nueva: REM 07 REM 30 REM 32 - Contrarreferencia: REM 07 - Pertinencia: REM 07

I Corte (enero - junio)													
Número acción	1												
Descripción acción	<p>Los Servicios de Salud deberán aumentar el porcentaje de los indicadores de consulta nueva, alta, Contrarreferencia y pertinencia junto con disminuir el porcentaje de NSP de acuerdo con meta establecida.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consulta nueva: $\geq 33,0\%$ - Alta: $\geq 10,0\%$ - Contrarreferencia: $\geq 80,0\%$ - Pertinencia: $\geq 90,0\%$ - NSP: $\leq 14,0\%$ <p>Para lograr la meta solicitada, los Servicios de Salud deberán conocer, por especialidad, el comportamiento de cada indicador.</p>												
Medios de verificación	i. Datos obtenidos directamente desde el REM A07 + REM A30 + REM A32												
Cálculo del cumplimiento:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Resultado Obtenido</th> <th>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>$X \geq 90,0\%$</td> <td>100,0%</td> </tr> <tr> <td>$85,0\% \leq X < 90,0\%$</td> <td>75,0%</td> </tr> <tr> <td>$80,0\% \leq X < 85,0\%$</td> <td>50,0%</td> </tr> <tr> <td>$75,0\% \leq X < 80,0\%$</td> <td>25,0%</td> </tr> <tr> <td>$X < 75,0\%$</td> <td>0,0%</td> </tr> </tbody> </table>	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado	$X \geq 90,0\%$	100,0%	$85,0\% \leq X < 90,0\%$	75,0%	$80,0\% \leq X < 85,0\%$	50,0%	$75,0\% \leq X < 80,0\%$	25,0%	$X < 75,0\%$	0,0%
	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado											
	$X \geq 90,0\%$	100,0%											
	$85,0\% \leq X < 90,0\%$	75,0%											
	$80,0\% \leq X < 85,0\%$	50,0%											
$75,0\% \leq X < 80,0\%$	25,0%												
$X < 75,0\%$	0,0%												

II Corte (julio - diciembre)	
Número acción	2
Descripción acción	<p>Los Servicios de Salud deberán aumentar el porcentaje de los indicadores de consulta nueva, alta, Contrarreferencia y pertinencia junto con disminuir el porcentaje de NSP de acuerdo con meta establecida.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consulta nueva: $\geq 33,0\%$ - Alta: $\geq 10,0\%$ - Contrarreferencia: $\geq 80,0\%$ - Pertinencia: $\geq 90,0\%$ - NSP: $\leq 14,0\%$ <p>Para lograr la meta solicitada, los Servicios de Salud deberán conocer, por especialidad, el comportamiento de cada indicador.</p>



Medios de verificación	i. Datos obtenidos directamente desde el REM A07 + REM A30 + REM A32	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	X ≥ 90,0%	100,0%
	85,0% ≤ X < 90,0%	75,0%
	80,0% ≤ X < 85,0%	50,0%
	75,0% ≤ X < 80,0%	25,0%
	X < 75,0%	0,0%

8. Consideraciones Técnicas

1. Para este indicador se incluyen los establecimientos de alta y mediana complejidad y Centros de Referencias de Salud. Se excluye Institutos de especialidad, COSAM y establecimientos DFL-36.
2. Esta meta no incluye la especialidad Odontológica.
3. Documentos de consulta y apoyo al desarrollo del COMGES:
 - a. Orientaciones Técnicas al Proceso Gestión de Agenda.
 - b. Documento de Referencia y Contrarreferencia
 - c. Ordinario N°373. 08 de Febrero, 2021.
 - d. Manual REM, 2023
4. Fórmulas de cálculo a considerar para el resultado de cada proceso evaluado:
 - Consulta nueva de especialidad:
(N° de consultas nuevas por médicos especialistas realizas en el periodo de evaluación/total de consultas por médicos especialistas realizadas en el mismo periodo de evaluación) x 100.
 - Altas médicas:
(N° de altas médicas realizadas en el periodo/total de consultas médicas realizadas en el periodo de evaluación) x 100.
 - Contrarreferencias:
(N° total de contrarreferencias al alta médica realizadas en el periodo/ N° total de altas médicas realizadas en el periodo de evaluación) x 100.
 - Consultas pertinentes según criterio clínico en box:
(N° de consultas pertinentes según criterio clínico en box por médico especialista provenientes de establecimientos de atención secundaria (CAE/CDT/CRS/Hospitalización) en el periodo de evaluación/ total de consultas nuevas provenientes de establecimientos de atención secundaria (CAE/CDT/CRS/Hospitalización) en el periodo de evaluación) x 100.
 - NSP:
(N° total de inasistencias o NSP en consultas de especialidad médica agendadas en establecimientos de especialidad ambulatoria en el periodo de evaluación/ (Total de consultas de especialidad médica realizadas + N° total de inasistencia o NSP en consultas de especialidad médica agendadas en establecimientos de especialidad ambulatoria en el periodo de evaluación)) x 100.



Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile



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



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

1. Objetivo General

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

2. Objetivos Específicos

- Alcanzar el cumplimiento de las actividades programadas en atención primaria en relación con la producción anual, en un proceso programático que responde a la demanda de la población.
- Potenciar los mecanismos de coordinación y gestión de las redes asistenciales, con optimización de la utilización de las horas profesionales contratadas.
- Evaluar el cumplimiento de las actividades trazadoras programadas en Atención Primaria.
- Optimizar la gestión de la oferta institucional de profesionales médicos especialistas, odontólogos especialistas y de profesionales no médicos, en la totalidad de los Servicios de Salud, propendiendo a una mayor productividad de la red asistencial.
- Velar por el cumplimiento de la programación de la oferta institucional en telemedicina por profesionales médicos especialistas y su producción anual.
- Implementar mecanismos de control de gestión, para la monitorización, seguimiento y cumplimiento de la programación, para, con ellos, definir las acciones correctivas en relación con el proceso, ejecución y medición.
- Alcanzar el cumplimiento de las actividades programadas en atención primaria en relación con la producción anual, en un proceso programático que responde a la demanda de la población.

3. Marco Referencial

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



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

La Organización Mundial de la Salud define a los Sistemas de Salud como “el conjunto de organizaciones, individuos y acciones, cuya intención primordial es promover, recuperar y/o mejorar la salud”, y se le asignan clásicamente 4 funciones esenciales: rectoría, financiamiento, generación de recursos y provisión de servicios. Con posterioridad, y con el objeto de fortalecer los sistemas de salud para mejorar los resultados sanitarios, se plantea una revisión de estas funciones, reformulándolas en un marco conceptual de “bloques de construcción” con 6 componentes:

- Provisión de servicios.
- Fuerza laboral en salud.
- Información en salud.
- Medicamentos, vacunas y tecnologías.
- Financiamiento.
- Liderazgo y gobernanza.

Respecto de la provisión de servicios, se señala que los buenos servicios de salud son aquellos que brindan atención individual y poblacional de manera efectiva, segura y de buena calidad a quienes la necesiten, cuando la necesiten y con el mínimo desperdicio, integrando conceptos de eficacia, seguridad y calidad con características de pertinencia, oportunidad y eficiencia. En esa línea, el bloque de *provisión de servicios* de un Sistema de Salud debe ocuparse de cómo se organizan y gestionan los insumos y los servicios, para garantizar el acceso, la calidad, seguridad y continuidad de la atención en todas las condiciones de salud, en diferentes territorios y a lo largo del tiempo. Para lo anterior, resulta fundamental que los gestores de redes asistenciales observen la expresión y evolución de las necesidades de salud de la población a su cargo, así como también, analicen la cartera de servicios, organización, disposición y grado de integración de sus servicios asistenciales. Además, debe resguardar la apropiada gestión de los recursos sanitarios con los que se cuenta, así como el buen estado de las instalaciones y equipamiento de su responsabilidad. De allí que la función de planificación, por parte de quienes efectúan la provisión de servicios de salud, es una labor ineludible, y que pretende contribuir a la consecución de mejores estados de salud en la población a cargo, mediante la adecuada organización de los recursos asistenciales disponibles, para responder de manera pertinente, oportuna, satisfactoria y continua a todos quienes necesiten de estos servicios.

4. Definiciones y Terminología

- **Prod. Médica:** Producción de consultas nuevas y controles médicos.



- **Prog. Médica:** Programación de consultas nuevas y controles médicos.
- **Nº E. Programadas:** Número de especialidades con programación realizada.
- **Nº E. con producción:** Número de especialidades con producción en REM.
- **Prod. No Médica:** Producción de consultas nuevas y controles de profesionales no médicos.
- **Prog. No Médica:** Programación de consultas nuevas y controles de profesionales no médica.
- **Nº P. Programadas:** suma total de profesiones programadas.
- **Nº P. con producción:** suma total de profesiones con producción en REM.
- **T CNEO:** Total consultas nuevas especialidad odontológica.
- **T Altas Tto.:** Total altas de tratamiento.
- **T P.IM:** Total procedimientos imagenológicos.
- **Programación en APS:** Corresponde al proceso de ejecución operativa del Plan de Cuidados de Salud de la Población contenido en el Plan de Salud Comunal, mediante un instrumento de programación de actividades que contiene: la cartera de prestaciones definida para cada comuna, la estimación de cuidados primarios (demanda), estimación de recursos necesarios, oferta y brecha de horas técnico-profesionales para cuidados primarios.

5. Nombres de Indicadores

2.1 Porcentaje de cumplimiento de la programación de actividades trazadoras por comuna y establecimiento APS dependiente de Servicio de Salud.

2.2 Porcentaje de cumplimiento de la programación de horas de profesionales médicos, no médicos y odontólogos especialistas, en atención secundaria y terciaria.

6. Metas Nacionales Año 2023

- Alcanzar **≥95,0%** de cumplimiento de la programación de actividades trazadoras por comuna y establecimiento APS dependiente de Servicio de Salud.
- Alcanzar **≥95,0%** de cumplimiento de la programación de horas de profesionales médicos y no médicos en atención Secundaria y Terciaria.

7. Ficha General de Indicadores

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

I Corte (enero - junio)	
Número acción	1
Descripción acción	Cumplimiento mayor o igual al 95,0% de las actividades trazadoras definidas por curso de vida programadas al corte (con datos REM disponibles para el corte).
Medios de verificación	i. Planilla estandarizada de 20 trazadoras actualizada (reprogramación) por comuna y establecimiento APS dependiente de Servicio de Salud. La planilla con trazadoras actualizadas



será devuelta al SS con el cumplimiento al corte (extracción datos REM- DEIS realizada por MINSAL).

Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	$X \geq 95,0\%$	100,0%
	$85,0\% \leq X < 95,0\%$	75,0%
	$75,0\% \leq X < 85,0\%$	50,0%
	$65,0\% \leq X < 75,0\%$	25,0%
	$X < 65,0\%$	0,0%

II Corte (julio - diciembre)		
Número acción	2	
Descripción acción	Cumplimiento mayor o igual al 95,0% de las actividades trazadoras definidas por curso de vida programadas al corte (con datos REM disponibles para el corte).	
Medios de verificación	i. Planilla estandarizada de 20 trazadoras actualizada (reprogramación) por comuna y establecimiento APS dependiente de Servicio de Salud. La planilla con trazadoras actualizadas será devuelta al SS con el cumplimiento al corte (extracción datos REM- DEIS realizada por MINSAL).	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	$X \geq 95,0\%$	100,0%
	$85,0\% \leq X < 95,0\%$	75,0%
	$75,0\% \leq X < 85,0\%$	50,0%
	$65,0\% \leq X < 75,0\%$	25,0%
	$X < 65,0\%$	0,0%

Nombre del indicador	2.2 Porcentaje de cumplimiento de la programación de horas de profesionales médicos, no médicos y odontólogos especialistas, en atención secundaria y terciaria.
Fórmula de cálculo	$\left[\frac{\text{Prod. Medica}}{\text{Prog. Medica}} * 0.5 + \frac{\text{N}^\circ \text{ E. Programadas}}{\text{N}^\circ \text{ de E. con Produccion}} * 0.1 + \frac{\text{Prod. No medica}}{\text{T Prog. No medica}} * 0.3 + \frac{\text{N}^\circ \text{ P. Programadas}}{\text{N}^\circ \text{ P. con Produccion}} * 0.1 \right] * 0.80 + \left[\frac{\text{T CNEO Ejecutadas}}{\text{T CNEO Programadas}} * 0.46 + \frac{\text{T Altas Tto Ejecutadas}}{\text{T Altas Tto Programadas}} * 0.46 + \frac{\text{T P.IM Ejecutadas}}{\text{T P.IM Programados}} * 0.08 \right] * 0,20$ <p>(*) Evaluados en el periodo t</p>
Fuente de datos	REM A06, REM A07, REM A28, REM A30 y REM A32. Se enviará instructivo vía ordinario a las direcciones de Servicios de Salud, referentes de programación, referentes de telemedicina, referentes de salud digital y referentes odontológicos con el detalle de las rutas REM 2022 que se utilizarán para la evaluación de consultas y actividades presenciales y remotas de profesionales médicos, odontólogos y no médicos de la Red de manera conjunta con Salud Digital.

I Corte (enero-junio)		
Número acción	1	
Descripción acción	Cumplimiento del 95,0% de consultas y actividades presenciales y remotas totales de profesionales (incluye odontología) programados al corte.	
Medios de verificación	i. Plataforma centralizada o planilla Excel de programación de consultas y actividades presenciales, remotas y telemedicinas totales de profesionales (incluye odontología). ii. Planilla Excel de Evaluación con el cumplimiento de acuerdo con el denominador validado por Servicio de Salud, correspondiente al período. (para odontología). iii. Reporte REM A09 sección F, sección F.1 y sección I. (para odontología).	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado



	$X \geq 95,0\%$	100,0%
	$85,0\% \leq X < 95,0\%$	75,0%
	$75,0\% \leq X < 85,0\%$	50,0%
	$65,0\% \leq X < 75,0\%$	25,0%
	$X < 65,0\%$	0,0%

II Corte (julio-diciembre)													
Número acción	2												
Descripción acción	Cumplimiento del 95,0% de consultas y actividades presenciales y remotas totales de profesionales (incluye odontología) programados al corte.												
Medios de verificación	<ul style="list-style-type: none"> i. Plataforma centralizada o planilla Excel de programación de consultas y actividades presenciales, remotas y telemedicinas totales de profesionales (incluye odontología). ii. Planilla Excel de Evaluación con el cumplimiento de acuerdo al denominador validado por Servicio de Salud, correspondiente al período. (para odontología). iii. Reporte REM A09 sección F, sección F.1 y sección I. (para odontología). 												
Cálculo del cumplimiento:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Resultado Obtenido</th> <th>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>$X \geq 95,0\%$</td> <td>100,0%</td> </tr> <tr> <td>$85,0\% \leq X < 95,0\%$</td> <td>75,0%</td> </tr> <tr> <td>$75,0\% \leq X < 85,0\%$</td> <td>50,0%</td> </tr> <tr> <td>$65,0\% \leq X < 75,0\%$</td> <td>25,0%</td> </tr> <tr> <td>$X < 65,0\%$</td> <td>0,0%</td> </tr> </tbody> </table>	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado	$X \geq 95,0\%$	100,0%	$85,0\% \leq X < 95,0\%$	75,0%	$75,0\% \leq X < 85,0\%$	50,0%	$65,0\% \leq X < 75,0\%$	25,0%	$X < 65,0\%$	0,0%
	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado											
	$X \geq 95,0\%$	100,0%											
	$85,0\% \leq X < 95,0\%$	75,0%											
	$75,0\% \leq X < 85,0\%$	50,0%											
$65,0\% \leq X < 75,0\%$	25,0%												
$X < 65,0\%$	0,0%												

8. Consideraciones Técnicas

2.1 Porcentaje de cumplimiento de la programación de actividades trazadoras por comuna y establecimiento APS dependiente de Servicio de Salud

Para el proceso de evaluación del año 2023, se contempla el seguimiento de 20 actividades trazadoras, siendo 10 seleccionables por los Servicios de Salud y 10 definidas desde nivel central. La selección de las 10 trazadoras por parte de los Servicios de Salud, debe ser realizada utilizando el “pool” de 45 actividades enviadas desde el MINSAL e informadas al mismo.

2.2 Porcentaje de cumplimiento de la programación de horas de profesionales médicos, no médicos y odontólogos especialistas, en atención secundaria y terciaria.

- 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.
- Se miden todas las estrategias de atención ambulatoria: Presencial + remota + telemedicina.

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

- Orientaciones para la Planificación y Programación en Red, 2023. 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.
- Protocolos Nacionales Especialidades Odontológicas
- Anexo 9 OOTT para la Planificación y Programación en Red.



Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile



COMPROMISO DE GESTIÓN N°3
REDUCCIÓN DE LOS TIEMPOS DE
ESPERA EN CONSULTAS NUEVAS DE
ESPECIALIDADES MÉDICAS



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

1. Objetivo General

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

2. Objetivos Específicos

- Disminuir los “Tiempos de Espera” por consulta nueva de especialidad (CNE).
- Priorizar la resolución de casos de pacientes con mayor antigüedad en las “Listas de Espera”

3. Marco Referencial

En el contexto de las estrategias para la disminución de los tiempos de espera para consulta nueva de especialidad, se requiere mantener las gestiones y logísticas implementadas para contribuir a disminuir las listas de espera con foco en la antigüedad, y, además, generar estrategias permanentes que potencien y optimicen la oferta institucional.

Optimización de Oferta Institucional.

A continuación, se señalan algunas medidas que permiten el fortalecimiento de los procesos clínicos y administrativos de los establecimientos, maximizando, consecuentemente, la oferta de consultas nueva de especialidad a nivel institucional:

- Monitoreo mensual de la programación médica de los hospitales y evaluación trimestral mediante compromisos de Gestión.
- Resguardar el 32,0% mínimo para programación de consultas nuevas de especialidad.
- Control de la pertinencia de la referencia desde el nivel primario al nivel secundario y terciario de atención, instalando la contraloría clínica y los médicos priorizadores, estrategia fortalecida por el “Programa de Resolutividad de APS”.
- Monitoreo de la gestión de la referencia y contrarreferencia, entre establecimientos de APS y nivel secundario, a través de indicadores que miden pertinencia y porcentaje de derivación desde diferentes orígenes.
- Implementación de protocolos de referencia y contrarreferencia de problemas de salud más frecuentes en la población asignada, que incorporen criterios de alta médica en los establecimientos ambulatorios de



especialidad.

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

4. Definiciones y Terminología

- **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.

5. Nombres de Indicadores

3.1 Porcentaje de casos disminuidos de la lista de espera de consultas nuevas de especialidades médicas con destino APS en las especialidades de Oftalmología, Ginecología (Climaterio), Otorrinolaringología y Dermatología, ingresadas con fecha igual o anterior 31 de marzo de año 2023.



3.2 Porcentaje de disminución de la mediana de días de espera de consultas nuevas de especialidades médicas, con destino nivel de especialidad.

3.3 Porcentaje de reducción de los casos sobre el percentil 75 de días de espera para consulta nueva de especialidad al 31 de diciembre del año 2022.

6. Metas Nacionales Año 2023

- Resolver el **100,0%** de casos de la lista de espera de consultas nuevas de especialidades médicas con destino APS en las especialidades de Oftalmología, Ginecología (Climaterio), Otorrinolaringología y Dermatología, ingresadas con fecha igual o anterior al 31 de marzo del año 2023.
- Cumplir el **100,0%** de la meta de mediana de días en espera en Lista de Espera de consultas nuevas de especialidades médicas con destino Nivel de Especialidad, según meta establecida para cada Servicio de Salud, respecto a la menor mediana de tiempo de espera observada en el 2019.
- Disminuir el **90,0%** de la Lista de Espera por consulta nueva de especialidad, de aquellos casos que se encuentran sobre el percentil 75 de antigüedad, al corte del 31 de diciembre 2022.

7. Ficha General de Indicadores

Nombre del indicador	3.1 Porcentaje de casos disminuidos de la lista de espera de consultas nuevas de especialidades médicas con destino APS en las especialidades de Oftalmología, Ginecología (Climaterio), Otorrinolaringología y Dermatología, ingresadas con fecha igual o anterior 31 de marzo de año 2023
Fórmula de cálculo	(Número de casos disminuidos de la lista de espera de consultas nuevas de especialidades médicas, con destino APS de las especialidades de Oftalmología, Ginecología (Climaterio), Otorrinolaringología y Dermatología ingresadas con fecha igual o anterior 31 de marzo de año 2023 en el periodo / Número total de casos comprometidos a disminuir de la lista de espera de consultas nuevas de especialidades médicas con destino APS de las especialidades de Oftalmología, Ginecología (Climaterio), Otorrinolaringología y Dermatología, ingresadas con fecha igual o anterior 31 de marzo de año 2023) x 100

I Corte (enero - junio)		
Número acción	1	
Descripción acción	Resolución del 45,0% de su universo total al 31 de marzo de 2023.	
Medios de verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL o sistema nacional definido para estos fines	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	$X \geq 45,0\%$	100,0%
	$35,0\% \leq X < 45,0\%$	75,0%
	$25,0\% \leq X < 35,0\%$	50,0%
	$15,0\% \leq X < 25,0\%$	25,0%
	$X < 15,0\%$	0,0%

II Corte (enero - diciembre)		
Número acción	2	
Descripción acción	Resolución del 100,0% de su universo total al 31 de marzo de 2023.	
Medios de verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL o sistema nacional definido para estos fines	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	$X = 100,0\%$	100,0%



	$90,0\% \leq X < 100,0\%$	75,0%
	$80,0\% \leq X < 90,0\%$	50,0%
	$70,0\% \leq X < 80,0\%$	25,0%
	$X < 70,0\%$	0,0%

Nombre del Indicador	3.2 Porcentaje de disminución de la mediana de días de espera de consultas nuevas de especialidades médicas, con destino nivel de especialidad.
Fórmula de Cálculo	(Días disminuidos de la mediana de espera en Lista de Espera de consultas nuevas de especialidades médicas de la Red Asistencial, según meta establecida para el Servicio de Salud en el periodo / Total de días de la mediana de espera comprometidos a disminuir en la Lista de Espera de consultas nuevas de especialidades médicas de la Red Asistencial, según meta establecida para el Servicio de Salud) x 100.
Fuente de Datos	Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE).

I Corte (enero - Junio)		
Número acción	1	
Descripción acción	Reducción del 45,0% del tiempo, en días, de la mediana de espera comprometida de su meta total definida para el SS.	
Medios de verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	$X \geq 45,0\%$	100,0%
	$35,0\% \leq X < 45,0\%$	75,0%
	$25,0\% \leq X < 35,0\%$	50,0%
	$15,0\% \leq X < 25,0\%$	25,0%
	$X < 15,0\%$	0,0%

II Corte (enero - diciembre)		
Número acción	2	
Descripción acción	Reducción del 100,0% del tiempo, en días, de la mediana de espera comprometida de su meta total definida para el SS.	
Medios de verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	$X \geq 100,0\%$	100,0%
	$90,0\% \leq X < 100,0\%$	75,0%
	$80,0\% \leq X < 90,0\%$	50,0%
	$70,0\% \leq X < 80,0\%$	25,0%
	$X < 70,0\%$	0,0%

Nombre del indicador	3.3 Porcentaje de reducción de los casos sobre el percentil 75 de días de espera para consulta nueva de especialidad al 31 de diciembre del año 2022.
Fórmula de cálculo	(Número de casos disminuidos de la Lista de Espera de CNE sobre percentil 75 al corte 31 de diciembre 2022 / Número total de casos en la Lista de Espera de CNE sobre el percentil 75 al corte del 31 de diciembre 2022) x 100
Fuente de datos	Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE).

I Corte (enero - junio)		
Número acción	1	
Descripción acción	Resolución del 45,0% de su universo total, según la meta definida para SS.	
Medios de verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL	
Cálculo del Cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado



	X ≥ 45,0%	100,0%
	35,0% ≤ X < 45,0%	75,0%
	25,0% ≤ X < 35,0%	50,0%
	15,0% ≤ X < 25,0%	25,0%
	X < 15,0%	0,0%

II Corte (enero - diciembre)		
Número acción	2	
Descripción acción	Resolución del 100,0% de su universo total según la meta definida para SS.	
Medios de verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	X ≥ 90,0%	100,0%
	80,0% ≤ X < 90,0%	75,0%
	70,0% ≤ X < 80,0%	50,0%
	60,0% ≤ X < 70,0%	25,0%
	X < 60,0%	0,0%

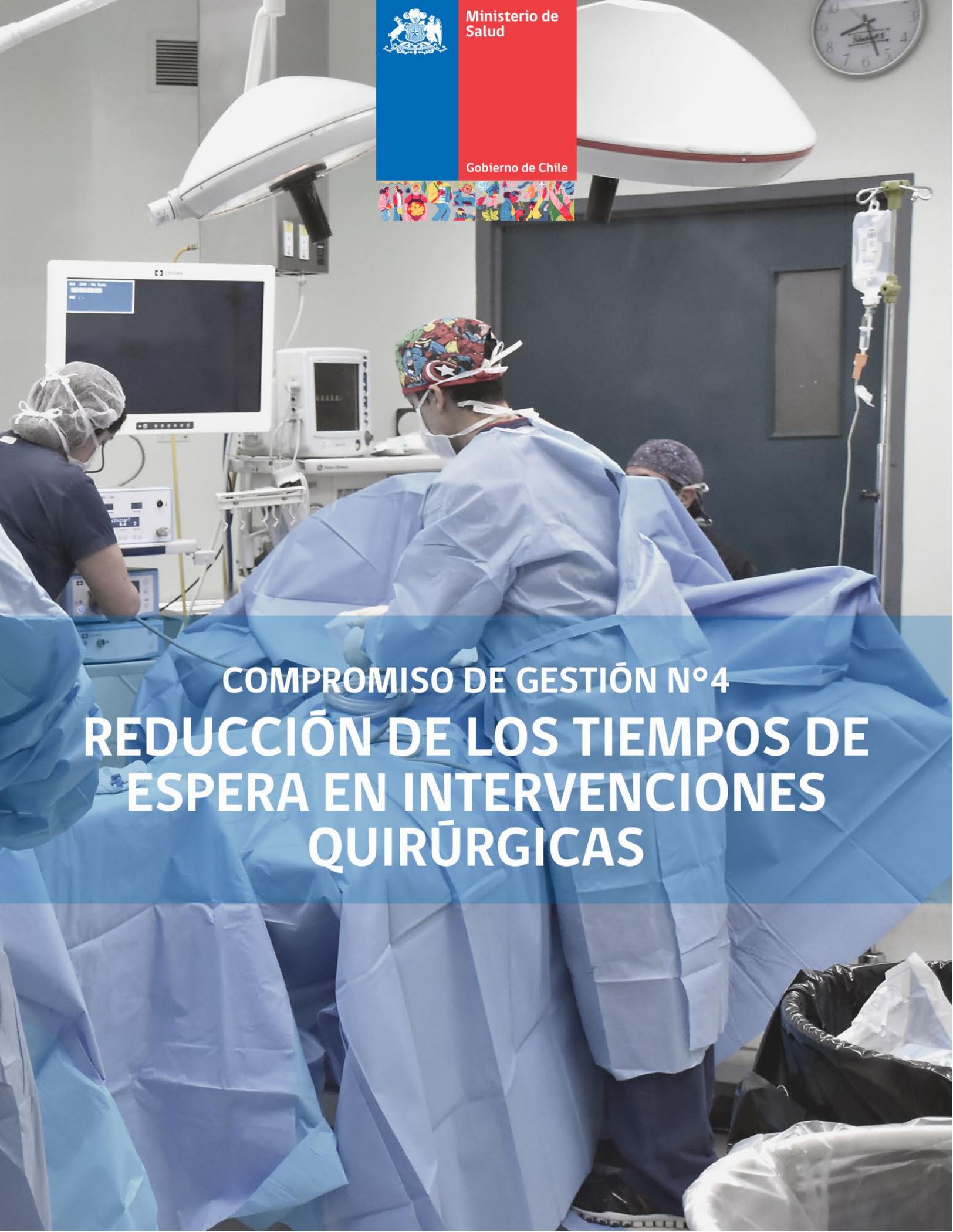
8. Consideraciones Técnicas

1. Se entregará línea de base y meta de resolución por cada corte, para los diferentes indicadores de este COMGES.
2. El calendario de corte de información será entregado dentro del primer trimestre del año 2023 previo a la evaluación.
3. La totalidad de los registros adicionales que son producto de regularizaciones durante el año 2023, 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 último corte.
4. La fuente oficial para trabajar estos indicadores es el SIGTE.
5. Esta meta no incluye la CNE de especialidad Odontológica.
6. El cumplimiento del trabajo realizado para los COMGES se encuentra bajo el marco normativo vigente de gestión de Listas de Espera no GES, exigiendo la veracidad, oportunidad y completitud de la información declarada en SIGTE y sus respectivos respaldos de gestión.
7. Documentos de consulta y apoyo al desarrollo del COMGES:
 - a. Decreto: Aprueba norma técnica sobre estándares de información de Salud.
 - b. Resolución Exenta N.º 502, aprueba Norma Técnica 118 y sus modificaciones.
 - c. Manual: Procesos de Registro de Lista de Espera no GES.
 - d. Mapa de Proceso de atención de salud 2015.
 - e. Gestión de Indicaciones 2015.
 - f. Atención Ambulatoria de Especialidades 2015.
 - g. Manual de Agenda 2020.
8. Los traslados coordinados, las casuales 3 vigentes y las postergaciones vigentes al cierre del trimestre, se descuentan específicamente en corte a evaluar.
9. Los casos sobre el percentil 75 al corte del 31 de diciembre de 2022, que se encuentren pendientes de resolver, serán informados mensualmente a los Servicios de Salud, con el desfase acorde a la tributación de información y cierre de mes.



Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile

A photograph of a surgical team in an operating room. The surgeons are wearing blue scrubs and masks, and are focused on a patient lying on the operating table. The room is equipped with various medical devices, including monitors and a large overhead light fixture. The text is overlaid on a semi-transparent blue banner across the middle of the image.

COMPROMISO DE GESTIÓN N°4
REDUCCIÓN DE LOS TIEMPOS DE
ESPERA EN INTERVENCIONES
QUIRÚRGICAS



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

1. Objetivo General

Dar atención en tiempo oportuno a las personas que requieren intervenciones quirúrgicas mayores y/o menores electivas, con foco de resolución en la priorización por antigüedad.

2. Objetivos Específicos

- Resolver la Lista de Espera por Intervenciones Quirúrgicas según meta definida para cada Servicio de Salud, basado en el análisis realizado de capacidad de egresos en la antigüedad por cada Servicio de Salud.
- Disminuir los “Tiempos de Espera” por intervenciones quirúrgicas mayores y menores.
- Priorizar la resolución de casos de pacientes con mayor antigüedad en las “Listas de Espera”.

3. Marco Referencial

En el contexto de las estrategias para la disminución de los tiempos de espera para intervenciones quirúrgicas, se requiere mantener las gestiones y logísticas implementadas para contribuir a disminuir las listas de espera con foco en la antigüedad y, además, generar estrategias permanentes que potencien y optimicen la oferta institucional.

Optimización de Oferta Institucional.

A continuación, se señalan algunas medidas que permiten el fortalecimiento de los procesos clínicos y administrativos de los establecimientos, maximizando, consecuentemente, la oferta de intervenciones quirúrgicas a nivel institucional:

- Optimización del proceso prequirúrgico y construcción de tabla quirúrgica, lo que contribuye a la disminución de las suspensiones.
- Resguardo del 10 % al 50% del porcentaje de la tabla quirúrgica para pacientes con foco de antigüedad en la lista de espera.
- Monitorización del cumplimiento de la ocupación de pabellones y porcentaje de suspensiones.
- Potenciar la Cirugía Mayor Ambulatoria.
- Monitoreo mensual de la programación médica de los hospitales y evaluación trimestral mediante compromisos de Gestión.
- Optimización de la oferta de quirófanos electivos: monitoreo del funcionamiento de la tabla quirúrgica



mediante plataforma Unidad de Gestión Centralizada de Quirófanos (UGCQ).

- Implementación de la gestión de casos por equipos gestores de demanda de los Servicios de Salud y los establecimientos de la red.
- Generación de operativos móviles de intervenciones quirúrgicas, que complementan la oferta presencial existente, con el apoyo de sociedades médicas, fundaciones y FFAA.
- Registro de los casos en "Lista de Espera No Ges de intervenciones quirúrgicas" disponible y actualizado en el Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE), y bajo las normativas existentes respecto al registro de ingresos y egresos en la plataforma.

4. Definiciones y Terminología

- **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.

5. Nombres de Indicadores

- 4.1** Porcentaje de disminución de la lista de espera por intervenciones quirúrgicas menores electivas en establecimientos de baja complejidad, ingresadas con fecha igual o anterior al 31 de marzo del año 2023.
- 4.2** Porcentaje de disminución de la mediana de días de espera por intervenciones quirúrgicas mayores y menores.
- 4.3** Porcentaje de reducción de los casos sobre el percentil 75 de días de espera para intervención quirúrgica al 31 de diciembre del año 2022.

6. Metas Nacionales Año 2023



- Disminuir el **100,0%** de la Lista de Espera por intervenciones quirúrgicas menores electivas en establecimientos de baja complejidad, ingresadas con fecha igual o anterior al 31 de marzo del año 2023.
- Cumplir el **100,0%** de la meta de mediana de días en espera en Lista de Espera de intervenciones quirúrgicas mayores y menores de la red asistencial, según meta establecida para cada Servicio de Salud, respecto a la menor mediana de tiempo de espera observada en el 2019.
- Disminuir el **90,0%** de la Lista de Espera por intervenciones quirúrgicas, de aquellos casos que se encuentran sobre el percentil 75 de antigüedad, al corte del 31 de diciembre 2022.

7. Ficha General de Indicadores

Nombre del indicador	4.1 Porcentaje de disminución de la lista de espera por intervenciones quirúrgicas menores electivas en establecimientos de baja complejidad al 31 de marzo del año 2023.
Fórmula de cálculo	(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 marzo del año 2023 en el periodo / Número total de casos comprometidos a disminuir de la lista de espera por intervenciones quirúrgicas menores electivas en establecimientos de baja complejidad, ingresadas con fecha igual o anterior al 31 de marzo del año 2023.) x 100.
Fuente de datos	Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE).

I Corte (enero - junio)		
Número acción	1	
Descripción acción	Resolución del 45,0% de su universo total al 31 de marzo del año 2023.	
Medios de verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL o sistema nacional definido para estos fines	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	X ≥ 45,0%	100,0%
	35,0% ≤ X < 45,0%	75,0%
	25,0% ≤ X < 35,0%	50,0%
	15,0% ≤ X < 25,0%	25,0%
	X < 15,0%	0,0%

II Corte (enero - diciembre)		
Número acción	2	
Descripción acción	Resolución del 100,0% de su universo total al 31 de marzo del año 2023.	
Medios de verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL o sistema nacional definido para estos fines	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	X = 100,0%	100,0%
	90,0% ≤ X < 100,0%	75,0%
	80,0% ≤ X < 90,0%	50,0%
	70,0% ≤ X < 80,0%	25,0%
	X < 70,0%	0,0%

Nombre del indicador	4.2 Porcentaje de disminución de la mediana de días de espera por intervenciones quirúrgicas mayores y menores.
Fórmula de cálculo	(Días disminuidos de la mediana de espera en Lista de Espera de intervenciones quirúrgicas mayores y menores de la Red Asistencial, según meta establecida para el Servicio de Salud en el periodo / Total de días de la mediana de espera comprometidos a disminuir en la Lista de Espera



	de intervenciones quirúrgicas mayores y menores de la Red Asistencial, según meta establecida para el Servicio de Salud) x 100.
Fuente de datos	Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE).

I Corte (enero - junio)													
Número acción	1												
Descripción acción	Reducción del 45,0% del tiempo en días de la mediana de espera comprometida de su meta total definida para SS.												
Medios de verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL												
Cálculo del cumplimiento:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Resultado Obtenido</th> <th>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>$X \geq 45,0\%$</td> <td>100,0%</td> </tr> <tr> <td>$35,0\% \leq X < 45,0\%$</td> <td>75,0%</td> </tr> <tr> <td>$25,0\% \leq X < 35,0\%$</td> <td>50,0%</td> </tr> <tr> <td>$15,0\% \leq X < 25,0\%$</td> <td>25,0%</td> </tr> <tr> <td>$X < 15,0\%$</td> <td>0,0%</td> </tr> </tbody> </table>	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado	$X \geq 45,0\%$	100,0%	$35,0\% \leq X < 45,0\%$	75,0%	$25,0\% \leq X < 35,0\%$	50,0%	$15,0\% \leq X < 25,0\%$	25,0%	$X < 15,0\%$	0,0%
	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado											
	$X \geq 45,0\%$	100,0%											
	$35,0\% \leq X < 45,0\%$	75,0%											
	$25,0\% \leq X < 35,0\%$	50,0%											
$15,0\% \leq X < 25,0\%$	25,0%												
$X < 15,0\%$	0,0%												

II Corte (enero - diciembre)													
Número acción	2												
Descripción acción	Reducción del 100,0% del tiempo en días de la mediana de espera comprometida de su meta total definida para SS.												
Medios de verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL												
Cálculo del cumplimiento:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Resultado Obtenido</th> <th>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>$X = 100,0\%$</td> <td>100,0%</td> </tr> <tr> <td>$90,0\% \leq X < 100,0\%$</td> <td>75,0%</td> </tr> <tr> <td>$80,0\% \leq X < 90,0\%$</td> <td>50,0%</td> </tr> <tr> <td>$70,0\% \leq X < 80,0\%$</td> <td>25,0%</td> </tr> <tr> <td>$X < 70,0\%$</td> <td>0,0%</td> </tr> </tbody> </table>	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado	$X = 100,0\%$	100,0%	$90,0\% \leq X < 100,0\%$	75,0%	$80,0\% \leq X < 90,0\%$	50,0%	$70,0\% \leq X < 80,0\%$	25,0%	$X < 70,0\%$	0,0%
	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado											
	$X = 100,0\%$	100,0%											
	$90,0\% \leq X < 100,0\%$	75,0%											
	$80,0\% \leq X < 90,0\%$	50,0%											
$70,0\% \leq X < 80,0\%$	25,0%												
$X < 70,0\%$	0,0%												

Nombre del indicador	4.3 Porcentaje de reducción de los casos sobre el percentil 75 de días de espera para intervenciones quirúrgicas mayores y menores anterior al 31 de diciembre del año 2022.
Fórmula de cálculo	(Número de casos disminuidos de la Lista de Espera de intervenciones quirúrgicas electivas sobre el percentil 75 al corte del 31 de diciembre 2022 / Número total de casos en la Lista de Espera de intervenciones quirúrgicas electivas sobre el percentil 75 al corte del 31 de diciembre 2022) x 100
Fuente de datos	Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE).

I Corte (enero - junio)	
Número acción	1
Descripción acción	Resolución del 45,0% de su universo total según la meta definida para SS.
Medios de verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL
Fórmula de cálculo:	(Número de casos disminuidos de la Lista de Espera de intervenciones quirúrgicas electivas sobre el percentil 75 al corte del 31 de diciembre 2022 / Número total de casos en la Lista de Espera de intervenciones quirúrgicas electivas sobre el percentil 75 al corte del 31 de diciembre 2022) x 100



	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
Cálculo del cumplimiento:	$X \geq 45,0\%$	100,0%
	$35,0\% \leq X < 45,0\%$	75,0%
	$25,0\% \leq X < 35,0\%$	50,0%
	$15,0\% \leq X < 25,0\%$	25,0%
	$X < 15,0\%$	0,0%

II Corte (enero - diciembre)		
Número acción	2	
Descripción acción	Resolución del 100,0% de su universo total según la meta definida para SS.	
Medios de verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL	
Fórmula de cálculo:	(Número de casos disminuidos de la Lista de Espera de intervenciones quirúrgicas electivas sobre el percentil 75 al corte del 31 de diciembre 2022 / Número total de casos en la Lista de Espera de intervenciones quirúrgicas electivas sobre el percentil 75 al corte del 31 de diciembre 2022) x 100	
	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
Cálculo del cumplimiento:	$X \geq 90,0\%$	100,0%
	$80,0\% \leq X < 90,0\%$	75,0%
	$70,0\% \leq X < 80,0\%$	50,0%
	$60,0\% \leq X < 70,0\%$	25,0%
	$X < 60,0\%$	0,0%

8. Consideraciones Técnicas

1. Se entregará línea de base y meta de resolución por cada corte.
2. La totalidad de los registros adicionales que son producto de regularizaciones durante el año 2023, 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 último corte.
3. El calendario de corte de información será entregado dentro del primer trimestre del año 2023 previo a la evaluación.
4. La fuente oficial para trabajar estos indicadores es el SIGTE.
5. El cumplimiento del trabajo realizado para los COMGES se encuentra bajo el marco normativo vigente de gestión de Listas de Espera no GES, exigiendo la veracidad, oportunidad y completitud de la información declarada en SIGTE y sus respectivos respaldos de gestión.
6. Documentos de consulta y apoyo al desarrollo del COMGES:
 - a. Decreto: Aprueba norma técnica sobre estándares de información de Salud.
 - b. Resolución Exenta N°502, aprueba Norma Técnica 118 y sus modificaciones.
 - c. Manual: Procesos de Registro de Lista de Espera no GES.
 - d. Mapa de Proceso de atención de salud 2015.
 - e. Gestión de Indicaciones 2015.
 - f. Atención Ambulatoria de Especialidades 2015.
 - g. Manual de Agenda 2020.
7. Los traslados coordinados, los casos en casuales 3 y las postergaciones vigentes al cierre del trimestre, se descuentan específicamente en corte a evaluar.
8. Monitoreo mensual de la mediana de tiempos de espera será informada mensualmente a los Servicios de Salud, con el desface acorde a la tributación de información y cierre de mes.



9. Los casos sobre el percentil 75 al corte del 31 de diciembre de 2022, que se encuentren pendientes de resolver, serán informados mensualmente a los Servicios de Salud, con el desface acorde a la tributación de información y cierre de mes.



Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile



ÁREA LIMPIA

COMPROMISO DE GESTIÓN N°5
**REDUCCIÓN DE LOS TIEMPOS DE
ESPERA EN CONSULTAS NUEVAS DE
ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS**



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

1. Objetivo General

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

2. Objetivos Específicos

- 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 de Salud.
- Resolver casos de pacientes en espera de atención de consulta nueva de especialidad odontológica, ingresados al sistema de gestión de tiempos de espera (SIGTE), según meta definida para cada Servicio de Salud.
- Promover la coordinación y el trabajo conjunto entre las distintas áreas de atención y el nivel central, implementando un *plan de acompañamiento territorial* permanente, que permita dar a conocer los lineamientos centrales y monitorear la gestión local, optimizando así, los recursos humanos y físicos, para la resolución de lista de espera, a través de estrategias de corto, mediano y largo plazo.
- Implementar mecanismos de coordinación para fortalecer la red odontológica integrada, a través del ejercicio profesional de los *referentes odontológicos de atención secundaria* (ROAS), capacitación y aplicación local de los respectivos protocolos de referencia y contrarreferencia y el desarrollo de distintas plataformas de tele odontología.
- Estandarizar carteras de servicios y flujos de derivación entre los distintos niveles de atención.

3. Marco Referencial

La responsabilidad de resolver los casos de pacientes en espera por atenciones de salud es del sector salud en su conjunto. El nivel central, desde su rol regulador, contribuye en la formulación de ejes orientadores y coordinación de los esfuerzos requeridos, potenciando las capacidades del trabajo en red, además de monitorear y evaluar la implementación de estrategias de resolución. Por su parte, la red de establecimientos asistenciales debe abordar la resolución de casos en espera por atención, determinando la demanda y la oferta, además de identificar nodos críticos para focalizar la programación anual de actividades y articular los mecanismos de coordinación en un marco de redes integradas.



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

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

Al respecto, se sugiere revisar los siguientes documentos disponibles en la página web MINSAL:

- Orientaciones para la Planificación y Programación en Red, 2023. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- Protocolo de Referencia y Contrarreferencia, 2015. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- Protocolos Resolutivos en Red, 2015. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- Conjunto de Datos y Envío de Interconsultas SIDRA. Ministerio de Salud. Tecnologías de Información y Comunicaciones.
- Protocolos Nacionales de Referencia y Contrarreferencia, 2019–2022. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Gestión de Redes Asistenciales. Departamento de Odontología.

4. Definiciones y Terminología

- **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.



- **Referente Odontólogo Atención Secundaria:** Entre sus roles está fortalecer la integración de los distintos establecimientos hospitalarios que componen su red. Como, asimismo, velar por el uso racional y eficiente de los recursos asignados para la ejecución de prestaciones odontológicas.
- **Sistema de Referencia y Contrarreferencia:** Es el conjunto de actividades administrativas y asistenciales, que definen la referencia del usuario de un establecimiento de salud de menor capacidad resolutive a otro de mayor capacidad resolutive, y la contrarreferencia de éste a su establecimiento de origen, con el objeto de asegurar la continuidad de atención y cuidado de su salud.
- **Referencia (Sinónimo de Derivación):** Es la solicitud de evaluación diagnóstica y/o tratamiento de un paciente derivado de un establecimiento de salud de menor capacidad resolutive a otro de mayor capacidad, con la finalidad de asegurar la continuidad de la prestación de servicio y resolución integral del problema de salud.
- **Contrarreferencia:** Es la respuesta del especialista, dirigida al profesional del establecimiento o servicio clínico de origen de la interconsulta solicitada, a través de lo cual, el paciente retorna al establecimiento de origen y/o al que pudiese asegurar la continuidad del caso. La contrarreferencia se materializa cuando el paciente recibe su primera atención (consulta nueva), o al momento del alta del paciente de la patología por la cual fue derivado o que fue estabilizado y requiere continuidad de la atención con un plan terapéutico definido.
- **Protocolo de Referencia y Contrarreferencia:** Son instrumentos de aplicación, eminentemente práctica que determinan los procedimientos administrativos y asistenciales requeridos para efectuar la referencia y contrarreferencia de los usuarios entre establecimientos de la red asistencial, que deben ser elaborados y validados por la red asistencial donde se aplican.
- **Consulta Pertinente según Protocolo de Referencia y Contrarreferencia:** Corresponde a la evaluación que realiza el odontólogo especialista como parte de las actividades de la primera atención realizada al paciente, de los criterios de derivación registrados en la solicitud de interconsulta (SIC). Se considera pertinente, aquella derivación que cumple con los protocolos de referencia.
- **Consulta Pertinente según Condición Clínica:** Corresponde a la evaluación clínica que realiza el odontólogo especialista como parte de las actividades de la primera atención, de la condición de salud actual del paciente, a través de la anamnesis y examen clínico. Se considera pertinente, aquella derivación que cumple con los criterios clínicos para cada especialidad.
- **Protocolo Resolutivo:** Documento que contiene un conjunto de recomendaciones sobre procedimientos diagnósticos y terapéuticos, con tiempos definidos para la resolución eficiente de una patología.
- **Tiempo de Resolución:** Medición del tiempo desde el ingreso de la derivación al alta del paciente por la patología protocolizada.
- **Consulta Nueva de Especialidad:** Corresponde a la primera atención del paciente derivado a consulta de especialidad, generada por un episodio de enfermedad, en la cual el especialista evaluará el ingreso a tratamiento según la pertinencia, de acuerdo con los criterios de referencia previamente definidos. Se considerará consulta nueva, toda primera consulta gestionada a través de interconsulta, independiente que el paciente haya sido atendido en otra ocasión en la especialidad.
- **Control de Especialidad:** Corresponde a las atenciones posteriores a la primera consulta, que requiere cada paciente para dar solución al problema de salud por el cual fue derivado, cuyo objetivo es completar el estudio, tratamiento y/o seguimiento. Se registra tantas veces como sesiones reciba el paciente para resolver de manera integral su problema de salud.



- **Ingreso a Tratamiento en la Especialidad:** Corresponde a la consulta en que se inicia el tratamiento odontológico, luego de la evaluación realizada en una primera consulta de un paciente que ha sido referido a la especialidad (ya sea desde la red o derivado internamente desde otras especialidades).
- **Alta de Tratamiento de la Especialidad:** Corresponde a la consulta en que se finaliza el tratamiento de odontología de especialidad, por el cual fue derivado el paciente. Aplica registro de alta por cada ingreso y especialidad que el usuario haya tenido.
- **Control de Especialidad Post Alta:** Corresponde a los controles de seguimiento, posteriores al alta integral de paciente.
- **Alta Administrativa:** Corresponde al alta dada en condiciones no clínicas. Aplica el registro por las siguientes causas: inasistencia continuada a controles de tratamiento por un período igual o superior a 6 meses, el paciente que no sigue indicaciones del profesional, tres inasistencias a tratamientos, ausencia a controles por 6 meses (a pesar de recaptación), el paciente no se adhiere a tratamiento según norma establecida y el paciente rechaza la atención del profesional.

5. Nombres de Indicadores

- 5.1** Porcentaje de egresos de la lista de espera de especialidades odontológicas en atención primaria de salud.
- 5.2** Porcentaje de disminución de la mediana de días de espera de consulta nueva de especialidad odontológica.
- 5.3** Porcentaje de reducción de los casos sobre el percentil 75 de días de espera para consulta nueva de especialidad odontológica al 31 de diciembre del año 2022.

6. Metas Nacionales Año 2023

- Obtener un **10,0%** de resolución por APS de casos en espera de atención de especialidad odontológica.
- Cumplir el **100,0%** de la meta de mediana de días en espera en Lista de Espera de una Consulta Nueva de Especialidad Odontológica, según meta establecida para cada Servicio Salud, respecto a la menor mediana de tiempo de espera observada en el 2019.
- Disminuir el **90,0%** de la Lista de Espera por Consulta Nueva de Especialidad Odontológica, de aquellos casos que se encuentran sobre el percentil 75 de antigüedad, al corte del 31 de Diciembre 2022.

7. Ficha General de Indicadores

Nombre del indicador	5.1 Porcentaje de egresos de la lista de espera de especialidades odontológicas en atención primaria de salud.
Fórmula de cálculo	$(\text{Número de casos egresados de lista de espera de especialidades odontológicas por APS en el periodo } t / \text{Total de casos en lista de espera para atención de especialidades odontológicas en el periodo}) \times 100$
Fuente de datos	Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE).

I Corte (enero - junio)	
Número acción	1



Descripción acción	Ordinario emitido por el Director del Servicio de Salud en el cual se indique la meta que se fijó para la resolución de casos de lista de espera odontológica por APS, según lo establecido en notas de este indicador a más tardar el primer trimestre del año en curso. Evaluación de porcentaje de resolución 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 de Salud, según la fijación de meta realizada por el Servicio de Salud para el corte.	
Medios de verificación	i. Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE). Datos extraídos por MINSAL.	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	$X \geq 10,0\%$	100,0%
	$9,0\% \leq X < 10,0\%$	75,0%
	$8,0\% \leq X < 9,0\%$	50,0%
	$7,0\% \leq X < 8,0\%$	25,0%
	$X < 7,0\%$	0,0%

II Corte (enero - diciembre)		
Número acción	2	
Descripción acción	Evaluación de porcentaje de resolución 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 de Salud, según la fijación de meta realizada por el Servicio de Salud para el corte.	
Medios de verificación	i. Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE). Datos extraídos por MINSAL.	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	$X \geq 10,0\%$	100,0%
	$9,0\% \leq X < 10,0\%$	75,0%
	$8,0\% \leq X < 9,0\%$	50,0%
	$7,0\% \leq X < 8,0\%$	25,0%
	$X < 7,0\%$	0,0%

Nombre del indicador	5.2 Porcentaje de disminución de la mediana de días de espera de consulta nueva de especialidad odontológica.
Fórmula de cálculo	(Días disminuidos de la mediana de espera en lista de espera de consultas nuevas de especialidad odontológica de la Red Asistencial, según meta establecida para el Servicio de Salud en el periodo / Total de días de la mediana de espera comprometidos a disminuir en la lista de espera de consultas nuevas de especialidades odontológica de la Red Asistencial, según meta establecida para el Servicio de Salud) x 100.
Fuente de datos	Sistema de Información de Gestión de Lista de Espera (SIGTE)

I Corte (enero - junio)		
Número acción	1	
Descripción acción	Reducción del 45,0% del tiempo, en días, de la mediana de espera comprometida de su meta total definida para el SS.	
Medios de verificación	i. Sistema de Información de Gestión de Lista de Espera (SIGTE)	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	$X \geq 45,0\%$	100,0%
	$35,0\% \leq X < 45,0\%$	75,0%
	$25,0\% \leq X < 35,0\%$	50,0%
	$15,0\% \leq X < 25,0\%$	25,0%
	$X < 15,0\%$	0,0%



II Corte (julio - diciembre)		
Número acción	2	
Descripción acción	Reducción del 100,0% del tiempo, en días, de la mediana de espera comprometida de su meta total definida para el SS.	
Medios de verificación	i. Sistema de Información de Gestión de Lista de Espera (SIGTE)	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	X ≥ 100,0%	100,0%
	90,0% ≤ X < 100,0%	75,0%
	80,0% ≤ X < 90,0%	50,0%
	70,0% ≤ X < 80,0%	25,0%
	X < 70,0%	0,0%

Nombre del indicador	<p>5.3 Porcentaje de reducción de los casos sobre el percentil 75 de días de espera para consulta nueva de especialidad odontológica anterior al 31 de diciembre del año 2022.</p> <p>Número de casos disminuidos de la Lista de Espera por consultas nuevas de especialidades odontológicas (excluye Ortodoncia y Ortopedia Dento Maxilofacial) de la Red Asistencial del percentil 75 al corte del 31 de diciembre de 2022/ (Total de casos a disminuir de la Lista de Espera por consultas nuevas de especialidades odontológicas (excluye Ortodoncia y Ortopedia Dento-Maxilofacial) de la Red Asistencial del percentil 75 al corte del 31 de diciembre de 2022) x 100.</p> <p>Número de casos disminuidos de la Lista de Espera por consultas nuevas de la especialidad de Ortodoncia y Ortopedia Dento-Maxilofacial de la Red Asistencial del universo comprometido del percentil 75 en el periodo / (Total de casos a disminuir de la Lista de Espera por consultas nuevas de la especialidad de Ortodoncia y Ortopedia Dento-Maxilofacial de la Red Asistencial comprometidos del percentil 75 en el periodo) x 100.</p>
Fuente de datos	Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE).

I Corte (enero - junio)		
Número acción	1	
Descripción acción	Resolución del 45,0% de su universo total según la meta definida para el Servicio de Salud (excluye Ortodoncia y Ortopedia Dento-Maxilofacial).	
Medios de verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	X ≥ 45,0%	100,0%
	35,0% ≤ X < 45,0%	75,0%
	25,0% ≤ X < 35,0%	50,0%
	15,0% ≤ X < 25,0%	25,0%
	X < 15,0%	0,0%
Número acción	2	
Descripción acción	Resolución de 45,0% de su universo total según meta definida para el Servicio de Salud en la especialidad de Ortodoncia y Ortopedia Dento-Maxilofacial.	
Medios de verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	X ≥ 45,0%	100,0%
	35,0% ≤ X < 45,0%	75,0%
	25,0% ≤ X < 35,0%	50,0%
	15,0% ≤ X < 25,0%	25,0%
	X < 15,0%	0,0%



II Corte (enero - diciembre)		
Número acción	3	
Descripción acción	Resolución del 90,0% de su universo total según la meta definida para el Servicio de Salud (excluye Ortodoncia y ortopedia dento maxilofacial).	
Medios de verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	X ≥ 90,0%	100,0%
	80,0% ≤ X < 90,0%	75,0%
	70,0% ≤ X < 80,0%	50,0%
	60,0% ≤ X < 70,0%	25,0%
	X < 60,0%	0,0%
Número acción	4	
Descripción acción	Resolución de 100,0% de su universo total según meta definida para el Servicio de Salud en la especialidad de Ortodoncia y Ortopedia Dento-Maxilofacial.	
Medios de verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	X ≥ 90,0%	100,0%
	80,0% ≤ X < 90,0%	75,0%
	70,0% ≤ X < 80,0%	50,0%
	60,0% ≤ X < 70,0%	25,0%
	X < 60,0%	0,0%

8. Consideraciones Técnicas

5.1 Porcentaje de egresos de la Lista de Espera de Especialidades Odontológicas en Atención Primaria de Salud.

La meta nacional para este indicador es de 10% de resolución de casos en espera de atención de especialidad odontológica por APS. Si el resultado del indicador del Servicio de Salud el año anterior fue inferior a la meta nacional, para el 2023 debe avanzar a lo menos en un 50% de la diferencia o brecha existente, respecto a la meta nacional. Si el resultado del indicador el año anterior es superior a la meta nacional, la meta fijada no podrá ser inferior a la lograda el año anterior.

La fijación de la meta debe ser validada previamente por el referente COMGES de nivel central.

El numerador del indicador incluye todos los casos egresados por APS de todas las especialidades odontológicas (excluyendo Periodoncia), independiente de la causal de egreso. Los casos egresados incluidos en el indicador deben haber sido ingresados a Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE) en el periodo t-1 o anterior.

El denominador del indicador incluye la lista de espera abierta y cerrada para todas las especialidades odontológicas de los años t-1 a t-5, excepto Periodoncia.

5.2 Porcentaje de disminución de la mediana de días de espera de consulta nueva de especialidad odontológica y **5.3** Porcentaje de reducción de los casos sobre el percentil 75 de días de espera para consulta nueva de especialidad odontológica anterior al 31 de diciembre del año 2022.



Los cortes de evaluación serán semestrales. No obstante, aquello, se realizará un monitoreo mensual en base a los registros evacuados desde las plataformas oficiales y a los resultados obtenidos por el cuadro de mando diseñado específicamente para la Estrategia Territorial de Acompañamiento. Esto con el propósito de conocer los principales nodos críticos y estrategias locales que sean implementadas para impactar en la resolución de las respectivas Listas de Espera, contribuyendo a mantener una comunicación fluida y coordinada en el cumplimiento de metas y objetivos.

Juntos
por
ELLAS
Chile Previene
el Cáncer de
Cuello de Útero



Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile



Vacunación
contra el Virus del
Papiloma Humano

COMPROMISO DE GESTIÓN N°6
FORTALECIMIENTO DE LA SALUD
ONCOLÓGICA





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

1. Objetivo General

Fortalecer el modelo de atención, la calidad y la oportunidad de atención en los pacientes con patologías oncológicas, mediante la ejecución oportuna de sus procesos de atención.

Proteger a la población escolar residente en Chile, frente a enfermedades inmunoprevenibles relevantes para la salud pública del país.

2. Objetivos Específicos

- Monitorear el cumplimiento de garantías de oportunidad en los pacientes oncológicos GES.
- Disminuir tiempo de garantías oncológicas exceptuadas transitorias acumuladas sin prestación realizada según la normativa vigente
- Disminuir los tiempos de espera para cirugía de pacientes oncológicos no GES.
- Monitorear el cumplimiento del modelo de gestión oncológico y el desarrollo de las estrategias e indicadores del Plan de acción del Plan Nacional de Cáncer.
- Asegurar la vacunación contra el Virus de Papiloma humano en la población en etapa escolar residente en Chile que cursa 4to y 5to año básico en establecimientos educacionales públicos y privados.
- Disminuir la incidencia de patologías asociadas al contagio por Virus de Papiloma humano, a través de la vacunación como estrategia primaria de prevención.

3. Marco Referencial

El Cáncer representa un problema de salud pública, pues, cada año ocurren cerca de 53.000 casos nuevos oncológicos, lo que representa una tasa bruta de incidencia de 216,9 por cada 100.000 habitantes. Así mismo, este problema de salud tiene una alta mortalidad, siendo la segunda causa de muerte a nivel nacional, con un total de 26.027 defunciones al año, lo que representa un 25% de las muertes totales del país. Se proyecta que durante el próximo decenio se posicione como la principal causa de muerte en Chile y se espera que este cambio afecte primero a las mujeres y constituya la primera causa de *años de vida saludable perdidos* (AVISA) en la población del país.

Para abordar este problema de una manera global, *el Plan Nacional de Cáncer 2018 - 2028*, considera dentro de sus objetivos "mejorar la oferta de servicios de salud, para garantizar una atención integral del cáncer, en todos los niveles, favoreciendo la entrega de un tratamiento de calidad y eficaz, considerando la necesidad de diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y apoyo a los pacientes y las familias para mejorar su calidad de vida.



Para esto, el plan considera una serie de iniciativas que incluyen, la mejora en el acceso a un diagnóstico precoz y un inicio de tratamiento oportuno, así como también, una mayor cobertura para cuidados paliativos. Adicionalmente, se espera poder mejorar la atención a través de la gestión de patologías GES, con el fin de incrementar el acceso, calidad y protección financiera para pacientes con cáncer”.

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

En el caso del Cáncer Cérvico Uterino (CaCu) es la segunda neoplasia maligna más frecuente de la mujer a nivel mundial y representa aproximadamente el 10% de todos los cánceres. En Chile, el CaCu ocupa el primer lugar entre los cánceres en mujeres entre 30 y 54 años. Al año 2018, el Observatorio Global de Cáncer (GLOBOCAN) estimó que la incidencia de cáncer en Chile asciende a 53.365 nuevos casos, con un leve predominio en varones (27.483 casos nuevos versus 25.882 en mujeres), dicha cifra superó la proyección realizada para el país por la misma institución para el año 2035, donde se esperarían 52.000 casos nuevos. En Chile la situación de mortalidad en cáncer es crítica. Para el año 2040, GLOBOCAN proyecta una incidencia de 94.807 casos nuevos de cáncer para Chile, lo que representa un incremento de un 77% respecto al reporte del año 2018. El Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) proyecta que para el año 2023, el cáncer será la primera causa de muerte en el país. Uno de los principales objetivos del Plan Nacional de Cáncer es disminuir la mortalidad, dentro de los cuales se encuentra el CaCu con una incidencia anual de 1.549 por cada 100.000 mujeres y prevalencia anual 4.846 por cada 100.000 mujeres.

La infección con el virus papiloma humano (VPH) es considerada la enfermedad de transmisión sexual más frecuente en el mundo. En la actualidad está ampliamente demostrado que la infección persistente por algunos tipos de VPH es la causa principal del desarrollo del CaCu. El VPH se detecta en prácticamente la totalidad de los CaCu y en más del 90% de las lesiones preinvasores de alto grado. El 16% de las mujeres chilenas están infectadas con el VPH. Se han descrito aproximadamente 120 genotipos de VPH, de los cuales 15 se asocian con el desarrollo del CaCu. Estos genotipos se denominan VPH de alto riesgo, destacando entre éstos los VPH-16 y VPH-18. Ambos son considerados particularmente los genotipos de más alto riesgo oncológico porque en conjunto dan cuenta de aproximadamente el 70% de los cánceres invasivos cervicales a nivel mundial. La OMS ha declarado una estrategia de erradicación que busca que al 2030 el 90% de las niñas estén vacunadas contra el VPH, 70% mujeres de 35 a 45 años posean un tamizaje con una prueba de VPH y el 90% de las mujeres identificadas con enfermedad, reciban tratamiento.

La vacuna contra el VPH que dispone el Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI) es tetravalente (contiene 4 cepas) e incluye los genotipos del VPH tipos 6, 11, 16 y 18. Las cepas 16 y 18 son las que más se asocian con el cáncer cervicouterino mientras que las cepas 6 y 11 están relacionadas con la aparición de verrugas genitales. La vacuna actualmente disponible en el programa cuenta con la aprobación de la Food and Drug Administration (FDA) para su uso en mujeres y hombres a partir de los 9 años de edad. Se ha evidenciado que la inmunización provee de una mejor respuesta inmune y de mayor efectividad cuando se administra antes del comienzo de la actividad sexual.



4. Definiciones y Terminología

- **Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI):** Es el conjunto articulado de programas y medidas de salud pública que utilizan como herramienta las vacunaciones y que pueden ser universales, focalizadas en grupos específicos, regulares según edades, estacionales o esporádicas.
- **Vacunas:** Son suspensiones de microorganismos vivos, inactivos o muertos, fracciones de los mismos o partículas proteicas, que al ser administrados inducen una respuesta inmunológica que previene la enfermedad contra la que está dirigida.
- **Inmunización:** Es el proceso de inducir o transferir inmunidad mediante la administración de un Inmunobiológico.
- **Vacuna VPH:** Vacuna contra el virus papiloma humano que dispone el Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI) es tetravalente (contiene 4 cepas) e incluye los genotipos del VPH tipos 6, 11, 16 y 18.
- **Cobertura efectiva:** Representa el nivel de ganancias en salud que un individuo o una población obtiene cuando recibe una acción en salud que necesita, es decir, esta medida busca evaluar el resultado de una o múltiples acciones preventivas y curativas que realiza el sistema de salud para mejorar la salud de la población (OMS 2003). Se calcula como las acciones de interés realizadas en relación a la población objetivo de la misma.
- **Registro Nacional de Inmunizaciones (RNI):** Es un sistema informático utilizado por MINSAL que permite un registro electrónico y nominal, que lleva el control de las dosis administradas por tipo y esquema de vacunación, implementadas por el Departamento de Inmunizaciones. La consolidación de esta información permite obtener la cobertura de vacunación nacional para cada una de las estrategias y campañas.
- **NNA:** Niños, niñas y adolescentes
- **APS:** Atención Primaria de Salud. Contempla dispositivos tales como Centros de Salud Familiar (CESFAM), Centros comunitarios de Salud Familiar (CESCOF), Postas de Salud Rural (PSR) y Hospitales comunitarios.
- **PIV:** Población inscrita y validada de Fonasa. Corresponde a la cantidad de beneficiarios inscritos en el sistema público de salud y que es reportada por Fonasa, y que son cubiertos según tipo de dependencia.
- **INE:** Instituto Nacional de Estadísticas.
- **Cobertura:** Corresponde al porcentaje de población que es cubierta por un determinado programa.
- **PAP:** Papanicolau o citología exfoliativa. Corresponde al estudio de celular del cuello uterino que, mediante análisis microscópico, permite evaluar alteraciones celulares que pudieran reflejar una patología.
- **Mx:** mamografía, imagen mamaria obtenida por rayos X que permite detectar lesiones benignas o malignas.
- **SS:** Servicio de Salud.
- **SIGGES:** Sistema Gestión Garantías Explícitas en Salud.
- **SIGTE:** Sistema de Gestión de Tiempo de Espera.
- **LEIQ:** Lista de espera de intervenciones quirúrgicas.
- **GES:** Garantías Explícitas en Salud.
- **GO:** Garantías de Oportunidad.
- **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.



5. Nombres de Indicadores

- **6.1** Porcentaje de cumplimiento de garantías GES, resolución de garantías GES oncológicas exceptuadas transitorias acumuladas sin prestación en patologías oncológicas y metas de reducción de tiempos de espera quirúrgicos por problemas de salud oncológicos No GES en el periodo.
- **6.2** Porcentaje de cumplimiento de las actividades de implementación del modelo de gestión de la red asistencial oncológica.
- **6.3.** Cobertura efectiva de vacuna contra el virus de papiloma humano (VPH) en NNA que cursan 4to y 5º año básico.

6. Metas Nacionales Año 2023

- Alcanzar un **100,0%** de cumplimiento de las garantías de pacientes oncológicos GES durante el año 2022.
- Lograr que **≥ 80,0%** de las garantías exceptuadas transitorias sin prestación tengan un tiempo de espera menor a 1 año.
- Lograr que **≥ 80,0%** de los casos en espera de resolución quirúrgica por problemas de salud oncológicos no GES (en SIGTE) se encuentren en un tiempo menor o igual a 90 días.
- Lograr que **≥ 80,0%** de los pacientes con diagnóstico de cáncer (confirmado por anatomía patológica) sean presentados a comité oncológico multidisciplinario antes del primer tratamiento.
- Desarrollar 4 reuniones de Consejo Técnico Local del Servicio de Salud y 2 reuniones macrorregionales, con participación obligatoria de los SDGA, Referentes de Cáncer, gestores de casos y otros definidos por el macrorregión en el semestre.
- Lograr **≥ 90,0%** de cobertura de población objetivo-vacunada contra el Virus de Papiloma humano (VPH).

7. Ficha General de Indicadores

Nombre del indicador	6.1 Porcentaje de cumplimiento de garantías GES, resolución de garantías GES oncológicas exceptuadas transitorias acumuladas sin prestación en patologías oncológicas y metas de reducción de tiempos de espera quirúrgicos por problemas de salud oncológicos No GES en el periodo.
Fórmula de cálculo	<p align="center">Cumplimiento GES en PS Oncológicos</p> <p>(Número de Garantías Cumplidas + Garantías Exceptuadas + Garantías Incumplidas Atendidas en el periodo t / Número de Garantías Cumplidas + Garantías Exceptuadas + Garantías Incumplidas Atendidas + Garantías Incumplidas no Atendidas + Garantías Retrasadas en el periodo t) x 100.</p> <p align="center">Resolución garantías exceptuadas transitorias sin prestación en Problemas de Salud Oncológicos:</p> <p>(Garantías oncológicas exceptuadas transitorias acumuladas sin prestación resultas en un período t / Total de garantías oncológicas exceptuadas transitorias acumuladas sin prestación en el período t) x 100.</p> <p align="center">Evaluación de los tiempos de espera no GES en Problemas de Salud Oncológicos:</p> <p>(Número de casos oncológicos en LEIQ por un periodo igual o menor a 90 días en el periodo desde el ingreso al registro / Número Total de casos oncológicos en LEIQ validados como oncológicos por cada SS) x 100.</p>
Fuente de datos	SIGGES - SIGTE- Informe SS.



I Corte (enero - junio)													
Número acción	1												
descripción acción	Resolver el 100,0% de las garantías de oportunidad en problemas de salud oncológicos vigentes al 30 de junio de 2023.												
Medios de verificación	i. Reporte de cumplimiento de garantías GES extraído centralizado desde MINSAL.												
Fórmula de cálculo:	$(\text{Número de Garantías Cumplidas} + \text{Garantías Exceptuadas} + \text{Garantías Incumplidas Atendidas} \text{ en el periodo } t / \text{Número de Garantías Cumplidas} + \text{Garantías Exceptuadas} + \text{Garantías Incumplidas Atendidas} + \text{Garantías Incumplidas no Atendidas} + \text{Garantías Retrasadas en el periodo } t) \times 100.$												
Cálculo del cumplimiento:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Resultado Obtenido</th> <th>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>$X = 100\%$</td> <td>100,0%</td> </tr> <tr> <td>$X < 100\%$</td> <td>0,0%</td> </tr> </tbody> </table>	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado	$X = 100\%$	100,0%	$X < 100\%$	0,0%						
	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado											
	$X = 100\%$	100,0%											
$X < 100\%$	0,0%												
Número acción	2												
descripción acción	Lograr que el 80,0% de las garantías oncológicas exceptuadas transitorias acumuladas sin prestación (postergación de PO y NSP) tengan un plazo menor a 1 año desde la fecha de excepción, con corte al 30 de junio de 2023.												
Medios de verificación	i. Reporte de garantías oncológicas exceptuadas transitorias acumuladas sin prestación extraído de SIGGES centralizado desde FONASA.												
Fórmula de cálculo:	$(\text{Número de garantías oncológicas exceptuadas transitorias acumuladas sin prestación menor a 1 año con corte al 30 de junio de 2023} / \text{Total de garantías oncológicas exceptuadas transitorias acumuladas sin prestación}) \times 100.$												
Cálculo del cumplimiento:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Resultado Obtenido</th> <th>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>$X \geq 80,0\%$</td> <td>100,0%</td> </tr> <tr> <td>$40,0\% \leq X < 80,0\%$</td> <td>50,0%</td> </tr> <tr> <td>$X < 40,0\%$</td> <td>0,0%</td> </tr> </tbody> </table>	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado	$X \geq 80,0\%$	100,0%	$40,0\% \leq X < 80,0\%$	50,0%	$X < 40,0\%$	0,0%				
	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado											
	$X \geq 80,0\%$	100,0%											
	$40,0\% \leq X < 80,0\%$	50,0%											
$X < 40,0\%$	0,0%												
Número acción	3												
descripción acción	Lograr que el 80,0% de los casos en espera de resolución quirúrgica por problemas de salud oncológicos no GES (en LEIQ) se encuentren en un tiempo menor o igual a 90 días de espera.												
Medios de verificación	i. LEIQ al corte de junio 2023 identificada como oncológica.												
Fórmula de cálculo:	$(\text{Número de casos oncológicos en LEIQ por un periodo igual o menor a 90 días en el periodo desde el ingreso al registro} / \text{Número Total de casos oncológicos en LEIQ validados como oncológicos por cada Servicio de Salud}) \times 100.$												
Cálculo del cumplimiento:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Resultado Obtenido</th> <th>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>$X \geq 80,0\%$</td> <td>100,0%</td> </tr> <tr> <td>$70,0\% \leq X < 80,0\%$</td> <td>75,0%</td> </tr> <tr> <td>$60,0\% \leq X < 70,0\%$</td> <td>50,0%</td> </tr> <tr> <td>$50,0\% \leq X < 60,0\%$</td> <td>25,0%</td> </tr> <tr> <td>$X < 50,0\%$</td> <td>0,0%</td> </tr> </tbody> </table>	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado	$X \geq 80,0\%$	100,0%	$70,0\% \leq X < 80,0\%$	75,0%	$60,0\% \leq X < 70,0\%$	50,0%	$50,0\% \leq X < 60,0\%$	25,0%	$X < 50,0\%$	0,0%
	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado											
	$X \geq 80,0\%$	100,0%											
	$70,0\% \leq X < 80,0\%$	75,0%											
	$60,0\% \leq X < 70,0\%$	50,0%											
$50,0\% \leq X < 60,0\%$	25,0%												
$X < 50,0\%$	0,0%												

II Corte (julio - diciembre)	
Número acción	4
descripción acción	Resolver el 100,0% de las garantías de oportunidad en problemas de salud oncológicos vigentes al 31 de diciembre de 2023.
Medios de verificación	i. Reporte de cumplimiento de garantías GES extraído centralizado desde MINSAL.
Fórmula de cálculo:	$(\text{Número de Garantías Cumplidas} + \text{Garantías Exceptuadas} + \text{Garantías Incumplidas Atendidas} \text{ en el periodo } t / \text{Número de Garantías Cumplidas} + \text{Garantías Exceptuadas} + \text{Garantías Incumplidas Atendidas} + \text{Garantías Incumplidas no Atendidas} + \text{Garantías Retrasadas en el periodo } t) \times 100.$



	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
Cálculo del cumplimiento:	$X = 100\%$	100,0%
	$X < 100\%$	0%
Número acción	5	
descripción acción	Lograr que el 80,0% de las garantías oncológicas exceptuadas transitorias acumuladas sin prestación (postergación de PO y NSP) tengan un plazo menor a 1 año desde la fecha de excepción, con corte al 30 de junio de 2023.	
Medios de verificación	i. Reporte de garantías oncológicas exceptuadas transitorias acumuladas sin prestación extraído de SIGGES centralizado desde FONASA.	
Fórmula de cálculo:	(Número de garantías oncológicas exceptuadas transitorias acumuladas sin prestación menor a 1 año con corte al 30 de junio de 2023 / Total de garantías oncológicas exceptuadas transitorias acumuladas sin prestación) x 100.	
	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
Cálculo del cumplimiento:	$X \geq 80,0\%$	100,0%
	$40,0\% \leq X < 80,0\%$	50,0%
	$X < 40,0\%$	0,0%
Número acción	6	
descripción acción	Lograr que el 80,0% de los casos en espera de resolución quirúrgica por problemas de salud oncológicos no GES (en LEIQ) se encuentren en un tiempo menor o igual a 90 días de espera.	
Medios de verificación	i. LEIQ al corte de diciembre 2023 identificada como oncológica.	
Fórmula de cálculo:	(Número de casos oncológicos en LEIQ por un periodo igual o menor a 90 días en el periodo desde el ingreso al registro / Número Total de casos oncológicos en LEIQ validados como oncológicos por cada Servicio de Salud) x 100.	
	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
Cálculo del cumplimiento:	$X \geq 80,0\%$	100,0%
	$70,0\% \leq X < 80,0\%$	75,0%
	$60,0\% \leq X < 70,0\%$	50,0%
	$50\% \leq X < 60,0\%$	25,0%
	$X < 50,0\%$	0,0%

Nombre del indicador	6.2 Porcentaje de cumplimiento de las actividades de implementación del modelo de gestión de la red asistencial oncológica.
Fórmula de cálculo:	<p>Cumplimiento presentación de pacientes a Comité Oncológico multidisciplinario (listado pacientes evaluados en Comité Oncológico multidisciplinario antes del primer tratamiento en el período t / listado de pacientes diagnosticados con cáncer (registro de anatomía patológica para tumores sólidos y laboratorio para hematooncológicos) en el período t) x 100.</p> <p>Porcentaje de cumplimiento de reuniones de Consejo Técnico Local. Número de informes (Excel en formato enviado por Minsal) enviado a Minsal que contenga monitoreo de los indicadores de modelo de gestión y de la matriz de acción del Plan Nacional de Cáncer, definición de estrategias y cumplimiento de ellas.</p> <p>Porcentaje de cumplimiento reuniones Macrorregionales de Cáncer. Número de informes (Excel en formato enviado por Minsal) enviado a Minsal que contenga el programa de la actividad, puntos desarrollados, acuerdos y seguimiento de las tareas, detallando responsables y listado de participantes.</p>
Fuente de datos	Documentos recibidos por el Departamento GES y Redes de alta complejidad en formatos definidos.



I Corte (enero - junio)		
Número acción	1	
descripción acción	Lograr que el 80,0% de los pacientes con diagnóstico de cáncer (desde anatomía patológica o laboratorio clínico) sean evaluados en Comité Oncológico multidisciplinario antes del primer tratamiento con corte junio 2023.	
Medios de verificación	i. El informe deberá ser enviado en formato definido por MINSAL.	
Fórmula de cálculo:	(listado pacientes evaluados en Comité Oncológico multidisciplinario antes del primer tratamiento con corte junio 2023 / listado de pacientes diagnosticados con cáncer (registro de anatomía patológica para tumores sólidos y laboratorio para hematooncológicos) con corte junio 2023) x 100.	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	X ≥ 80,0%	100,0%
	40,0% ≤ X < 80,0%	50,0%
	X < 40,0%	0,0%
Número acción	2	
descripción acción	Desarrollar 4 reuniones de Consejo Técnico Local del Servicio de Salud en el semestre.	
Medios de verificación	i. Número de informes (Excel en formato enviado por MINSAL) enviado a MINSAL que contenga nodos críticos, planes de mejora, seguimiento de indicadores y responsables de problemas identificados por cada Servicio de salud.	
Fórmula de cálculo:	(Número de informes (Excel en formato enviado por MINSAL) enviado a MINSAL que contenga nodos críticos, planes de mejora, seguimiento de indicadores y responsables de problemas identificados por cada Servicio de salud con corte junio 2023 / Número de informes comprometidos al período) x 100	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	X ≥ 100,0%	100,0%
	50,0% ≤ X < 100,0%	50,0%
	X < 50,0%	0,0%
Número acción	3	
Descripción acción	Desarrollar 2 reuniones macrorregionales en el semestre, con participación obligatoria de los SDGA, Referentes de Cáncer, gestores de casos y otros definidos por la macrorregión.	
Medios de verificación	i. Número de informes (Excel en formato enviado por MINSAL) enviado a MINSAL que contenga el programa de la actividad, listado de participantes, puntos desarrollados, acuerdos y seguimiento de las tareas, detallando responsables.	
Fórmula de cálculo:	(Número de informes (Excel en formato enviado por MINSAL) enviado a MINSAL que contenga el programa de la actividad, listado de participantes, puntos desarrollados, acuerdos y seguimiento de las tareas, detallando responsables, con corte junio 2023 / Número de informes comprometidos al período) x 100	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	X ≥ 100,0%	100,0%
	50,0% ≤ X < 100,0%	50,0%
	X < 50,0%	0,0%

II Corte (julio - diciembre)		
Número acción	4	
descripción acción	Lograr que el 80,0% de los pacientes con diagnóstico de cáncer (desde anatomía patológica o laboratorio clínico) sean evaluados en Comité Oncológico multidisciplinario antes del primer tratamiento con corte diciembre 2023.	
Medios de verificación	i. El informe deberá ser enviado en formato definido por MINSAL.	
Fórmula de cálculo:	(listado pacientes evaluados en Comité Oncológico multidisciplinario antes del primer tratamiento con corte diciembre 2023 / listado de pacientes diagnosticados con cáncer (registro de anatomía patológica para tumores sólidos y laboratorio para hematooncológicos)	



	X = 100,0%	100,0%
	X < 100,0%	0,0%

II Corte (julio-diciembre)		
Número acción	2	
descripción acción	Cumplimiento del 90,0% de cobertura de población objetivo al 31 de diciembre de 2023.	
Medios de verificación	i. Reporte de coberturas extraído de RNI por DEIS.	
Fórmula de cálculo:	(Población de 4to año básico vacunados con 1º o 2º dosis de VPH + Población de 5to año básico vacunados con 1º o 2º dosis de VPH / Población total de 4to año básico + Población total de 5to año básico)	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento asignado
	X ≥ 90,0%	100,0%
	80,0% ≤ X < 90,0%	75,0%
	70,0% ≤ X < 80,0%	50,0%
	60,0% ≤ X < 70,0%	25,0%
	X < 60,0%	0,0%

8. Consideraciones Técnicas

Respecto del indicador “Porcentaje de cumplimiento de garantías GES, resolución de garantías GES oncológicas exceptuadas transitorias acumuladas sin prestación en patologías oncológicas y metas de reducción de tiempos de espera quirúrgicos por problemas de salud oncológicos No GES en el periodo”, este indicador tiene por objetivo medir las siguientes acciones:

- Porcentaje de cumplimiento de garantías GES
- Cumplimiento de garantías oncológicas exceptuadas transitorias acumuladas sin prestación realizada según la normativa vigente.
- Disminución tiempos de espera de LEIQ no GES.

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

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



15. PS 82 Cáncer de tiroides.
16. PS 83 Cáncer renal.
17. PS 84 Mieloma múltiple.

Cada problema de salud tiene definidas garantías de atención, lo que provee al paciente un estándar de resolución de acuerdo con la mejor evidencia disponible. Para estas patologías se monitorizará lo anteriormente señalado, para lo que se utilizará el sistema SIGGES. El procedimiento de medición se realizará en forma centralizada de acuerdo con base de datos oficial de Fonasa

Para el caso del indicador “Cumplimiento de actividades de implementación del modelo de gestión y articulación de la red oncológica”. En este indicador se evaluará las siguientes acciones:

- Presentación de pacientes oncológicos.
- Reuniones de consejo técnico local
- Reuniones macrorregionales

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

Comité oncológico hospitalario: organismo encargado de la evaluación de todos los pacientes oncológicos antes de iniciar tratamiento, realiza reuniones periódicas según la demanda y complejidad de cada hospital. Sus lineamientos técnicos de funcionamiento están contenidos en el Ord. 271/29.01.21.

Consejo técnico local: organismo que tiene por función realizar seguimiento a los indicadores del modelo de funcionamiento de la red oncológica, funciona a nivel de Servicio de Salud (SS) mediante reuniones mensuales. Está conformado por el Subdirector de Gestión Asistencial del SS, Gestor de Red SS, Referente(s) de Cáncer del SS, Jefe de Proyectos del SS, Jefe de APS del SS, representantes de los Hospitales de Alta Complejidad que correspondan en su red, referente MINSAL y dos veces al año representantes de la Sociedad Civil.

Comisión macrorregional oncológica: organismo macrorregional que tiene por función la evaluación, monitoreo y articulación de la red oncológica que le corresponde (Ver Anexo 2: Distribución de la Red Oncológica por Macrorregiones), en lo referente a cada línea de desarrollo del Plan Nacional de Cáncer Componen la Comisión los Subdirectores de Gestión Asistencial, profesionales asesores en materias de cáncer de los SS, referentes de SEREMI y referente MINSAL de la Macrorregión.

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



6.3. Cobertura efectiva de vacuna contra el Virus de Papiloma humano (VPH) en NNA que cursan 4to y 5º año básico.

- Para evaluar la cobertura de vacunación escolar se utiliza como numerador la información extraída del Registro Nacional de Inmunizaciones (RNI) correspondiente a NNA de 4to y 5to año básico vacunados en los establecimientos educacionales del país.
- El denominador está compuesto por la población objetivo-indicada por el Ministerio de Educación (MINEDUC).
- La cobertura se mide por ocurrencia, esto corresponde al número de vacunados en el territorio que la consigna dividida por la cantidad de matriculados en ese mismo territorio.
- Con respecto al primer corte, se deberá cumplir el 100% de la meta esperada, esto es la nómina (Anexo 1) con el detalle de todas las micro planificaciones de las comunas correspondientes al Servicio de Salud, entregadas a la fecha del corte, es decir al 30 de junio del 2023. En el caso de contar con comunas que no cumplan al corte, el Servicio debe reportar y enviar al nivel central la justificación de esta situación.
- Con respecto al segundo corte, se deberá cumplir el 100% de la meta esperada de vacunación acumulada de julio a diciembre del 2023, esto es 90% de cobertura efectiva. 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).
- La vacunación escolar se realiza durante el segundo semestre de cada año, según la planificación de los establecimientos de salud.
- Aquellos niños o niñas que por algún motivo no fueron vacunados en su establecimiento educacional, podrán acudir a un vacunatorio, de preferencia al establecimiento de salud asignado a su centro educacional, o cualquier otro vacunatorio del sistema público o privado en convenio con la SEREMI de Salud correspondiente.
- 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 identificación de población vulnerable, además de que se debe vacunar a la población en etapa escolar que se encuentren 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 según 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), respetando la edad mínima de 9 años para la administración la vacuna definida en el registro sanitario del Instituto de Salud Pública (ISP) y previa revisión del RNI, con el fin de evitar errores programáticos (EPRO).

Formato planilla.

Servicio de Salud	Comuna	Establecimiento	¿Cuenta con microplanificación?	Observaciones (En caso de no contar con microplanificación, detalle la razón)



Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile



**COMPROMISO DE GESTIÓN N°7
FORTALECIMIENTO DE LA SALUD
MENTAL**



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

1. Objetivo General

Fortalecer desde la meso gestión la implementación de estrategias de evaluación y mejora continua de la atención a la población con necesidades de salud mental de la Red Temática de Salud Mental en APS y Especialidad Ambulatoria (COSAM, CAE, CDT, CRS).

2. Objetivos Específicos

- Generar un catastro de las estrategias de evaluación y mejora continua actualmente vigentes en los 29 Servicios de Salud.
- Fortalecer el diagnóstico de funcionamiento de Centros de APS y Especialidad Ambulatoria, en función de los elementos clave del Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental, en el contexto del proceso de recuperación de la actividad asistencial.
- Potenciar los mecanismos de articulación y acompañamiento técnico entre la meso y micro gestión.
- Elaborar Planes de Mejora Continua del funcionamiento de la red temática en salud mental de cada Servicio de Salud en APS y Especialidad Ambulatoria.

3. Marco Referencial

El **Programa de Gobierno** que orienta la política pública actual, ha definido a la Salud Mental como una prioridad del trabajo y ha establecido compromisos explícitos y específicos en esta temática. En este contexto, nace **Construyendo Salud Mental** como una estrategia ambiciosa de corto y mediano plazo que busca mejorar la Salud Mental de nuestro país. Para ello, se ha definido el trabajo en base a cinco líneas de acción estratégicas, siguiendo las recomendaciones de la mencionada Política para Mejorar la Salud Mental de OPS/OMS (2022):

- Fortalecer el liderazgo, la gobernanza y las alianzas multisectoriales, e integrar la Salud Mental en todas las políticas.
- Mejorar la disponibilidad, la accesibilidad y la calidad de los servicios comunitarios dirigidos a la Salud Mental y al consumo de sustancias psicoactivas.
- Impulsar las estrategias y las actividades de promoción y prevención a lo largo del curso de vida.
- Fortalecer la integración de la Salud Mental y el apoyo psicosocial en el contexto de las emergencias.
- Fortalecer los datos, la evidencia y la investigación.

Bajo esta orientación de política, se han establecido como prioridades las acciones que vayan a mejorar la provisión de servicios, buscando un impacto concreto y en el corto plazo en el mejoramiento de la Salud Mental



y en la calidad de vida de personas, particularmente aquellas que están en situación de mayor vulnerabilidad. Por ejemplo, en relación con los *niños, niñas y adolescentes*, se priorizan acciones que vayan en beneficio de aquellos que residen en instituciones bajo cuidado del Estado; respecto a las *personas mayores*, se focaliza en primera instancia, iniciativas que mejoren la oferta asistencial de aquellas que viven con Alzheimer y otras demencias; y respecto a la población económicamente activa, se establecen acciones priorizadas para los *trabajadores de la salud*, cuya Salud Mental se vio fuertemente afectada por la pandemia.

Para cumplir con estos objetivos, se hace fundamental operacionalizar desde el ámbito de la meso gestión, las estrategias que permitan fortalecer el abordaje de la salud mental de las personas en los territorios. Para ello, se requieren articular los diferentes elementos disponibles tales como el proceso de planificación y programación en red y el Diseño/Rediseño de la Red Asistencial, entre otros.

A propósito del proceso de Diseño/Rediseño de la Red Asistencial de la Red Temática de Salud Mental se identifican importantes brechas y nudos críticos de la Red, que muestran la necesidad de avanzar hacia el fortalecimiento en la implementación del Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud 2018.

En el caso de la red temática de salud mental especialidad ambulatoria es necesario avanzar en la comprensión del funcionamiento de los COSAM a nivel nacional, con un especial énfasis en la identificación de barreras y facilitadores para la optimización de procesos y estrategias sanitarias, como también para la introducción de nuevas intervenciones propuestas por el actual gobierno (por ejemplo, Estrategias Asertivas Comunitarias). Es en este contexto, donde resulta imperativo el fortalecer las estrategias de meso gestión con énfasis en los procesos de gestión territorial (Macro, Meso y Micro gestión).

Las acciones de mejora continua de la red temática de salud mental se hacen particularmente necesarias, en el escenario de recuperación de los impactos sanitarios de la pandemia, que han implicado un aumento y diversificación de las necesidades y la demanda en salud mental, lo que hace crítico recuperar y optimizar la capacidad asistencial. Tras esto, se hace primordial continuar trabajando en fortalecer el acceso y continuidad de los cuidados de las personas, en los ámbitos promocionales, preventivos, tratamiento y rehabilitación.

Finalmente, la necesidad de desarrollar planes de mejora continua de la red se evidencia como una necesidad tras el cierre del proceso de Actualización de la Red Temática de Salud Mental (COMGES 9.1, 2018-2022). Para dar respuesta a esta necesidad, se requiere establecer una metodología que sirva como herramienta de gestión para la implementación y seguimiento de los objetivos propuestos en los diferentes instrumentos rectores mencionados en el presente documento.

4. Definiciones y Terminología

- **Red Temática de Salud Mental:** La Red Temática de Salud Mental es un sistema de vínculos e interacción de relaciones horizontales entre los diversos establecimientos y puntos de atención que la componen, permitiendo a través de su organización y disposición de recursos, la integralidad y la continuidad de la atención y cuidados. El alcance de esta red está en función de resolver la variabilidad de necesidades de las



personas y comunidades, en distintos momentos de su curso de vida y estado de salud mental, con la flexibilidad requerida para adaptarse a la realidad local.

- **Mejora Continua:** Consiste en la identificación permanente de aspectos que resulten susceptibles de mejoramiento y la realización de los ajustes necesarios en los que se involucran a todas las personas de la organización. Esto implica, la existencia de mecanismos e instancias de carácter participativo para el intercambio de información, reflexión y análisis de la situación de salud local, generación conjunta de soluciones, conformación y fortalecimiento de redes y alianzas estratégicas con distintos actores del espacio local.
- **Meso gestión:** La meso gestión corresponde al nivel de gestión de los Servicios de Salud, los cuales, dada su autonomía, tienen dentro de sus atribuciones rediseñar su estructura y organigrama. De este modo, varios de ellos cuentan con Departamentos de Salud Mental, la mayoría con Unidades de Salud Mental, unos pocos con Encargados de Salud Mental, y los menos, solo con Asesores de Salud Mental.
- **Micro gestión:** La micro gestión o gestión clínica corresponde al nivel de gestión de los nodos y puntos de atención de la Red Temática de Salud Mental, considera el trabajo intersectorial y participación de la comunidad. La organización del acápite está estructurada en base a los nodos y puntos de atención desplegados en todos los niveles de atención, ubicando también en este espacio la oferta residencial para poblaciones específicas, por su cercanía con la comunidad.

5. Nombre del Indicador

7.1 Porcentaje de cumplimiento de las etapas del proceso de mejora continua de la red temática en salud mental.

6. Metas Nacionales Año 2023

- Lograr que el **100,0%** de los Servicios de Salud cuentan con diagnóstico del funcionamiento de los centros APS y de especialidad ambulatoria, a la base de los elementos clave del Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental.
- Lograr que el **100,0%** de los Servicios de Salud cuentan con plan de mejora continua de la red temática de salud mental de los centros APS y de especialidad ambulatoria, en función de los elementos clave del Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental.

7. Ficha General de Indicadores

Nombre del indicador	7.1 Porcentaje de cumplimiento de las etapas del proceso de mejora continua de la red temática en salud mental.
Fórmula de cálculo	(Número de acciones cumplidas del proceso de mejora continua del funcionamiento de la RTSM / Número de acciones programadas del proceso de mejora continua del funcionamiento de la RTSM) x 100.
Fuente de datos	Reportes en Formato MINSAL

I Corte (enero - junio)	
Número acción	1



Descripción acción	Planificación anual de actividades de mejora continua en centros APS y especialidad ambulatoria	
Medios de verificación	i. Documento planificación formato MINSAL	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	Servicio de Salud entrega informe	100,0%
	Servicio de Salud no entrega informe	0,0%
Número acción	2	
Descripción acción	Catastro de estrategias de evaluación y mejora continua del Servicio de Salud	
Medios de verificación	i. Documento enviado según formato MINSAL	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	Servicio de Salud entrega catastro de estrategias	100,0%
	Servicio de Salud no entrega catastro de estrategias	0,0%
Número acción	3	
Descripción acción	Porcentaje de establecimientos de APS que cuentan con visitas y pautas de evaluación aplicadas en relación con lo planificado	
Medios de verificación	i. Informe de cumplimiento según formato MINSAL	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	$X \geq 40,0\%$	100,0%
	$35,0\% \leq X < 40,0\%$	75,0%
	$30,0\% \leq X < 35,0\%$	50,0%
	$25,0\% \leq X < 30,0\%$	25,0%
Número acción	4	
Descripción acción	Porcentaje de establecimientos de especialidad ambulatoria que cuentan con visitas y pautas de evaluación aplicadas en relación con lo planificado	
Medios de verificación	Informe de cumplimiento según formato MINSAL	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	$X \geq 30,0\%$	100,0%
	$25,0\% \leq X < 30,0\%$	75,0%
	$20,0\% \leq X < 25,0\%$	50,0%
	$15,0\% \leq X < 20,0\%$	25,0%
Número acción	5	
Descripción acción	Porcentaje de establecimientos de especialidad ambulatoria que cuentan con visitas y pautas de evaluación aplicadas en relación con lo planificado	
Medios de verificación	i. Informe de cumplimiento en formato MINSAL	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	$X = 100,0\%$	100,0%
	$85,0\% \leq X < 100,0\%$	75,0%
	$70,0\% \leq X < 85,0\%$	50,0%
	$55,0\% \leq X < 70,0\%$	25,0%
Número acción	6	
Descripción acción	Porcentaje de establecimientos de especialidad ambulatoria que cuentan con visitas y pautas de evaluación aplicadas en relación con lo planificado	
Medios de verificación	i. Informe de cumplimiento en formato MINSAL	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado

II Corte (julio - diciembre)		
Número acción	5	
Descripción acción	Porcentaje de establecimientos de APS que cuentan con visitas y pautas de evaluación aplicadas en relación con lo planificado	
Medios de verificación	i. Informe de cumplimiento en formato MINSAL	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	$X = 100,0\%$	100,0%
	$85,0\% \leq X < 100,0\%$	75,0%
	$70,0\% \leq X < 85,0\%$	50,0%
	$55,0\% \leq X < 70,0\%$	25,0%
Número acción	6	
Descripción acción	Porcentaje de establecimientos de especialidad ambulatoria que cuentan con visitas y pautas de evaluación aplicadas en relación con lo planificado	
Medios de verificación	i. Informe de cumplimiento en formato MINSAL	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado



	X = 100,0%	100,0%
	85,0% ≤ X < 100,0%	75,0%
	70,0% ≤ X < 85,0%	50,0%
	55,0% ≤ X < 70,0%	25,0%
	X < 55,0%	0,0%
Número acción	7	
Descripción acción	Informe diagnóstico y planificación 2024	
Medios de verificación	i. Documento formato MINSAL	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	Servicio de Salud entrega Informe	100,0%
	Servicio de Salud No entrega Informe	0,0%



Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile



COMPROMISO DE GESTIÓN N°8 FORTALECIMIENTO DE LA SALUD EN PERSONAS MAYORES





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

1. Objetivo General

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

2. Objetivos Específicos

- Incrementar el porcentaje de establecimientos de salud de atención primaria que programan y ejecutan actividades de cuidado integral en Personas Mayores con condiciones crónicas.
- Mejorar la continuidad de la atención para personas con dependencia severa en atención primaria de salud.
- Avanzar en el cuidado de los cuidadores de personas con dependencia severa en atención primaria de salud.

3. Marco referencial

En el Programa de Gobierno se reconoce a las personas mayores dentro de los grupos de especial protección, proponiendo una política del envejecimiento digno, activo y saludable para personas mayores sin dependencia, destacando la necesidad de actuar anticipatoriamente y abordar los factores de riesgo de pérdida de capacidad funcional. Por otra parte, para personas con dependencia se describen propuestas destinadas al acompañamiento en el hogar, prevención de la dependencia severa y se releva también la detección oportuna, lo que refuerza la organización esperada de la red asistencial para integrar esquemas de atención centrados en la persona mayor, con cuidados continuos, integrales e integrados.

El trabajo organizado y con metas compartidas, entre la División de Atención Primaria, los Servicios de Salud, las comunas y establecimientos de su jurisdicción, deriva en el avance progresivo de las redes asistenciales en términos de mejora de la calidad de la atención de personas mayores y mejoramiento de la capacidad técnica de los equipos para enfrentar el proceso de envejecimiento y las personas mayores, personas con dependencia y sus familias.

Este Compromiso de Gestión implica la integración de varias áreas de trabajo y lineamientos técnicos relacionados con el cuidado integral de personas mayores, por lo tanto, cada Servicio de Salud deberá revisar los procesos de gestión y coordinación interna, facilitando e impulsando la acción integrada entre diferentes referencias técnicas, de modo de generar estrategias colaborativas, coordinadas y planificadas en forma conjunta para el logro de las metas y acciones definidas. Entre estas áreas destacan el trabajo articulado entre



Personas Mayores, Estrategia de Cuidado Integral, Salud Cardiovascular, Salud Mental, Salud Respiratoria, Salud Digital y otras según características y nivel de desarrollo, para lograr generar un acompañamiento coherente y consistente a los equipos a cargo del cuidado de salud de la población en los territorios, relevando la pertinencia del cuidado integral de salud para las personas mayores, personas con dependencia severa y sus familias.

Para apuntar al perfeccionamiento de la atención en salud para personas mayores, a través de las dimensiones de atención integral, centrada en la persona y con enfoque según riesgo, en este COMGES se pretende impulsar el desarrollo de la "Estrategia de Cuidado Integral Centrado en la Personas para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de la multimorbilidad (ECICEP)"²¹, para optimizar los contactos del equipo de salud con las personas mayores en situación de cronicidad, conforme a su nivel de riesgo, ofreciendo una oportunidad de abordar mediante la atención centrada en la persona, la mayor cantidad de problemas de salud que tenga, evitando la fragmentación por motivo de consulta²² y teniendo en consideración permanente las diferentes dimensiones involucradas en su bienestar, capacidad funcional y ejercicio de la autonomía en el cuidado de su salud.

Para avanzar en la atención centrada en la persona, en la organización de las atenciones según enfoque de riesgo y fomentar la continuidad del cuidado integral en personas mayores, el Servicio de Salud deberá planificar y ejecutar actividades asociadas a la difusión de la ECICEP, integración y coordinación al interior de los equipos técnicos del Servicio de Salud para el acompañamiento y la capacitación de equipos de APS para la atención integral de personas mayores con condiciones crónicas y el desarrollo de procesos de programación y ejecución de las actividades de atención integral ya descritas, sin dejar de lado las líneas estratégicas relacionadas con la promoción y prevención, relacionadas con la identificación y fortalecimiento de los activos comunitarios. Tanto la programación como la ejecución de actividades de cuidado integral, se trabajará en este COMGES teniendo en cuenta el proceso previo y continuo, destinado a la programación de actividades de cuidado integral que desde el año 2019 se desarrolla en todos los Servicios de Salud. Se apunta, por tanto, a que en el 2023 la integración del equipo gestor de la ECICEP continúe afianzándose en los Servicios de Salud con participación de las diferentes áreas implicadas en el cuidado integral, destacando entre ellas la de MAIS y ECICEP, Personas Mayores, Salud Cardiovascular, Salud Mental, Salud Respiratoria, Salud Odontológica, Salud Sexual, Registro Clínico, Enlace de red, Salud Digital entre otras, de modo de generar un acompañamiento hacia las comunas y establecimientos en forma coordinada y con lineamientos enmarcados dentro del MAIS y por tanto la ECICEP.

Por lo anterior, mediante el proceso de Planificación y Programación en red se fortalece la programación de actividades para el cuidado integral de personas de 65 y más años (Ingresos Integrales, Planes de Cuidado Integral Consensuados, Controles Integrales y Seguimiento, según corresponda) en al menos el 50% de los establecimientos de atención primaria de salud y la ejecución de las actividades de cuidado integral para personas de 65 y más años, en al menos el 50% de los establecimientos de atención primaria.

²¹<https://redcronicas.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/10/Estrategia-de-cuidado-Integral-centrado-en-las-personas-en-contexto-de-multimorbilidad.pdf>

²²https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/09/2021.09.15_Orientaciones-para-la-planificaci%C3%B3n-y-programaci%C3%B3n-de-la-red-2022.pdf



Entendiendo que la ECICEP se implementa progresivamente, se espera que el incorporarla en este COMGES facilite el vínculo entre los equipos y potencie las modificaciones y adaptaciones locales para una atención de salud integral para las personas mayores. Esta integración de áreas y la complementariedad de los lineamientos técnicos mediante procesos conjuntos de trabajo hacia la red deben ser reportadas en los Informes Técnicos correspondientes a este COMGES, junto con los resultados alcanzados.

En el área de personas con dependencia, este COMGES enfatiza la atención de personas con dependencia severa, en las que ya está instalada la limitación funcional y la necesidad de asistencia de terceras personas para el desarrollo de actividades básicas. Se espera monitorear y valorar, la elaboración y evaluación de los planes de cuidado tanto para la persona en condición de dependencia severa, como de su cuidador. Estas actividades resultan de las evaluaciones realizadas en el contexto de la primera y segunda visita domiciliaria integral contempladas en el Programa de Atención Domiciliaria para personas con dependencia severa

A su vez, en este compromiso de gestión, serán evaluados los procesos que el Servicio lleve a cabo para fortalecer el funcionamiento de este programa en el territorio y el acceso de la población beneficiaria a las prestaciones del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa.

4. Definiciones y Terminología

- **Cuidado Centrado en las personas:** Considera las necesidades y expectativas de las personas y sus familias, desde su particular forma de definir las y priorizarlas, para lo cual se debe establecer un modelo de relación, entre el equipo de salud, las personas, sus familias y la comunidad, basado en la corresponsabilidad del cuidado de la salud y enfatizando en los derechos y deberes de las personas, tanto del equipo de salud como de los usuarios.
- **ECICEP:** Estrategia de Cuidado Integral Centrado en la Personas para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad. Se espera el trabajo integrado al interior del Equipo Gestor de ECICEP en los Servicios de Salud para el desarrollo del indicador asociado.
- **Actividades de Cuidado Integral en la APS:** Corresponden a las actividades de **Ingreso Integral, Control Integral, Seguimiento Remoto y Gestión de Caso**. Se recomienda para el desarrollo progresivo de esta estrategia la priorización de personas mayores estratificadas en los grupos de riesgo G2 y G3.
- **Estrategia de Tele geriatría del Hospital Digital:** Estrategia de Salud Digital centrada en la persona, que busca poder contribuir a la red en cuanto a la atención con enfoque geriátrico, integral, multiprofesional y equitativo para las personas mayor de 60 años o más en cualquier tipo de condición de funcionalidad, utilizando la telemedicina asincrónica como herramienta. Se espera sea incorporada dentro de la organización del Cuidado Integral de Personas Mayores
- **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.

5. Nombres de Indicadores

8.1 Porcentaje de establecimientos que ejecutan y programan actividades para el cuidado integral de personas de 65 años o más.

8.2 Porcentaje de cumplimiento de las acciones para el fortalecimiento del programa de Atención Domiciliaria en el periodo.

6. Metas Nacionales Año 2023

- **≥ 50,0%** de los establecimientos ejecutarán (durante el año en curso actividades ya programadas en el COMGES 2022) actividades de cuidado integral para personas de 65 años y más.
- **≥ 60,0%** de los establecimientos programarán (para ejecutar en el siguiente año) actividades para el cuidado integral para personas de 65 años y más.
- **100,0%** de la población bajo control en el programa de Atención Domiciliaria y sus cuidadores contarán con el plan integral de cuidados elaborado dentro del año.
- **≥ 70,0%** de la población bajo control en el programa de Atención Domiciliaria y sus cuidadores contarán con el plan de cuidados del cuidador elaborado y evaluado dentro del año.

7. Ficha General de Indicadores

Nombre del indicador	8.1 Porcentaje de establecimientos que ejecutan y programan actividades para el cuidado integral de personas de 65 años o más.
Fórmula de cálculo	$\left(\frac{\text{Número de acciones cumplidas para la ejecución y programación de actividades de cuidado integral en personas de 65 y más años en el periodo}}{\text{Número de acciones solicitadas para la ejecución y programación de actividades de cuidado integral en personas de 65 y más años en el periodo}} \right) \times 100$
Fuente de datos	Informe técnico correspondiente al corte en formato tipo entregado desde DIVAP MINSAL. REM.

I Corte (enero - junio)	
Número acción	1
Descripción acción	Envío de informe técnico que contenga para este indicador: Resultados de las acciones planificadas e implementadas por el Servicio de Salud, tanto en el Servicio como en las comunas y establecimientos, para la ejecución de las actividades de cuidado integral para personas de 65 y más años en el periodo. Incorpora descripción de elementos técnicos y de gestión implicados.



Medios de verificación	i. Informe Técnico Correspondiente al Corte en formato tipo entregado desde DIVAP MINSAL	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	Envío de informe completo con todos los campos llenados y pertinentes técnicamente.	100,0%
	Envío de informe completo con todos los campos llenados y deficiencias técnicas mínimas.	75,0%
	Envío de informe completo con todos los campos llenados y deficiencias técnicas moderadas.	50,0%
	-Envío de informe completo con todos los campos llenados y severas deficiencias técnicas. -Envío de informe incompleto con campos sin llenado.	25,0%
	No envío de informe técnico.	0,0%
Número acción	2	
Descripción acción	25,0% de los establecimientos ejecutan actividades de cuidado integral para personas de 65 y más años (enero-junio)	
Medios de verificación	i. REM (establecimientos que registran actividades de cuidado integral en REM para personas de 65 y más años)	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	$X \geq 25,0\%$	100,0%
	$20,0\% \leq X < 25,0\%$	75,0%
	$15,0\% \leq X < 20,0\%$	50,0%
	$10,0\% \leq X < 15,0\%$	25,0%
	$X < 10,0\%$	0,0%

II Corte (julio - diciembre)		
Número acción	3	
Descripción acción	<p>Envío de Informe Técnico que contenga para este indicador:</p> <ul style="list-style-type: none"> Resultados de las acciones planificadas e implementadas por el Servicio de Salud, tanto en el Servicio como en las comunas y establecimientos, para la programación de las actividades de cuidado integral para personas de 65 y más años en el período. Nómina de Establecimientos que han incluido en el proceso de programación de actividades (para ejecución en 2024) las actividades de cuidado integral. El Servicio debe ser capaz de presentar los establecimientos que han con descripción de la programación en términos de actividades, coberturas planificadas equipo que desarrollará las actividades y elementos técnicos incorporados en el cuidado integral de personas mayores a nivel local. 	
Medios de verificación	Informe Técnico Correspondiente al Corte en formato tipo entregado desde DIVAP MINSAL	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	Envío de informe completo con todos los campos llenados y pertinentes técnicamente.	100,0%
	Envío de informe completo con todos los campos llenados y deficiencias técnicas mínimas.	75,0%
	Envío de informe completo con todos los campos llenados y deficiencias técnicas moderadas.	50,0%



	<p>-Envío de informe completo con todos los campos llenados y severas deficiencias técnicas.</p> <p>-Envío de informe incompleto con campos sin llenado.</p>	25,0%
	No envío de informe técnico.	0,0%
Número acción	4	
Descripción acción	50,0% de los establecimientos ejecutan actividades de cuidado integral para personas de 65 años y más	
Medios de verificación	REM (establecimientos que registran actividades de cuidado integral en REM)	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	X ≥ 50,0%	100,0%
	45,0% ≤ X < 50,0%	75,0%
	40,0% ≤ X < 45,0%	50,0%
	35,0% ≤ X < 40,0%	25,0%
	X < 35,0%	0,0%

Nombre del indicador	8.2 Porcentaje de cumplimiento de las acciones para el fortalecimiento del programa de Atención Domiciliaria en el periodo.	
Fórmula de cálculo	<p>(Número de acciones cumplidas para el fortalecimiento del programa de Atención Domiciliaria en el periodo / Número de acciones solicitadas para el fortalecimiento del programa de Atención Domiciliaria en el periodo) x 100.</p> <p>(Número de personas bajo control en el programa de atención domiciliaria para personas con dependencia severa y cuidadores que cuentan con su plan de cuidados elaborado en el período / Número de personas bajo control en programa de atención domiciliaria para personas con dependencia severa y cuidadores en el período) x 100</p> <p>(Número de personas bajo control en programa de atención domiciliaria para personas con dependencia severa y cuidadores que cuentan con su plan de cuidados evaluado en el periodo / Número de personas bajo control en programa de atención domiciliaria para personas con dependencia severa y cuidadores en el período) x 100</p>	
Fuente de datos	<p>— Envío de informes por los Servicios de Salud.</p> <p>— REM.</p>	

I Corte (enero - junio)		
Número acción	1	
Descripción acción	<p>Envío de Informe presentado por el Servicio de Salud para evaluación del I Corte que incluya:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Resultados semestrales de la auditoría anual del Programa Dependencia Severa año 2023. — informe de actividades de articulación con el intersector realizadas en el periodo. — Informe de registros en plataforma de registro de personas en condición de dependencia severa y cuidadores. 	
Medios de verificación	i. Informe técnico del I Corte entregado para evaluación a la División de Atención Primaria.	
Fórmula de cálculo:	(Número de acciones cumplidas para el fortalecimiento del programa de Atención Domiciliaria en el periodo / Número de acciones solicitadas para el fortalecimiento del programa de Atención Domiciliaria en el periodo) x 100.	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	Envío de informe completo con todos los campos llenados y pertinentes técnicamente.	100,0%



	Envío de informe completo con todos los campos llenados y deficiencias técnicas mínimas.	75,0%
	Envío de informe completo con todos los campos llenados y deficiencias técnicas moderadas.	50,0%
	-Envío de informe completo con todos los campos llenados y severas deficiencias técnicas. -Envío de informe incompleto con campos sin llenado.	25,0%
	No envío de informe técnico.	0,0%
Número acción	2	
Descripción acción	Alcanzar un 100,0% de la población bajo control en el programa de Atención Domiciliaria y sus cuidadores con el plan integral de cuidados elaborado en el periodo.	
Medios de verificación	i. Reporte con fuente REM extraído por MINSAL.	
Fórmula de cálculo:	(Número de personas bajo control en el programa de atención domiciliaria para personas con dependencia severa y cuidadores que cuentan con su plan de cuidados elaborado en el período / Número de personas bajo control en programa de atención domiciliaria para personas con dependencia severa y cuidadores en el período) x 100	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	$X \geq 100,0\%$	100,0%
	$85,0\% \leq X < 100,0\%$	75,0%
	$70,0\% \leq X < 85,0\%$	50,0%
	$55,0\% \leq X < 70,0\%$	25,0%
	$X < 55,0\%$	0,0%

II Corte (julio - diciembre)		
Número acción	3	
Descripción acción	Envío de Informe presentado por el Servicio de Salud para evaluación del II Corte que incluya: <ul style="list-style-type: none"> – Resultados anuales de la auditoría anual del Programa Dependencia Severa año 2023. – Informe de actividades de articulación con el intersector realizadas en el periodo. – Informe de registros en plataforma de registro de personas en condición de dependencia severa y cuidadores. 	
Medios de verificación	i. Informe Técnico del I Corte entregado para evaluación a la División de Atención Primaria.	
Fórmula de cálculo:	(Número de acciones cumplidas para el fortalecimiento del programa de Atención Domiciliaria en el periodo / Número de acciones solicitadas para el fortalecimiento del programa de Atención Domiciliaria en el periodo) x 100.	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	Envío de informe completo con todos los campos llenados y pertinentes técnicamente.	100,0%
	Envío de informe completo con todos los campos llenados y deficiencias técnicas mínimas.	75,0%
	Envío de informe completo con todos los campos llenados y deficiencias técnicas moderadas.	50,0%



	<p>-Envío de informe completo con todos los campos llenados y severas deficiencias técnicas.</p> <p>-Envío de informe incompleto con campos sin llenado.</p>	<p>25,0%</p>
	<p>No envío de informe técnico.</p>	<p>0,0%</p>
Número acción	<p>4</p>	
Descripción acción	<p>Alcanzar un 70,0% de la población bajo control en el programa de Atención Domiciliaria y sus cuidadores con el plan integral de cuidados evaluado en el periodo.</p>	
Medios de Verificación	<p>i. Reporte con fuente REM extraído por MINSAL.</p>	
Fórmula de Cálculo:	<p>(Número de personas bajo control en programa de atención domiciliaria para personas con dependencia severa y cuidadores que cuentan con su plan de cuidados evaluado en el periodo / Número de personas bajo control en programa de atención domiciliaria para personas con dependencia severa y cuidadores en el período) x 100</p>	
Cálculo del Cumplimiento:	<p>Resultado Obtenido</p>	<p>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</p>
	<p>$X \geq 70,0\%$</p>	<p>100,0%</p>
	<p>$60,0\% \leq X < 70,0\%$</p>	<p>75,0%</p>
	<p>$50,0\% \leq X < 60,0\%$</p>	<p>50,0%</p>
	<p>$30,0\% \leq X < 50,0\%$</p>	<p>25,0%</p>
	<p>$X < 30,0\%$</p>	<p>0,0%</p>



Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile



COMPROMISO DE GESTIÓN N°9 PROCESO DE ATENCIÓN DE URGENCIA EN LA RED ASISTENCIAL





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

1. Objetivo General

Identificar personas con enfermedades no transmisibles (ENT), que no estén en tratamiento de sus enfermedades, ya sea por no diagnóstico o bien por irregular control, en los centros de salud de atención primaria, así también como garantizar la oportunidad de atención de los Pacientes que consultan en la UEH de establecimientos de alta complejidad adulto y pediátrica, a través de la optimización del proceso de Atención de Urgencia, para lograr la disminución del número de pacientes que no completan el proceso de atención de Urgencia, para el año 2023 como Servicio de Salud.

2. Objetivos Específicos

- Ejecutar el protocolo confeccionado el año 2019 que permita la referencia de pacientes con sospecha diagnóstica o diagnóstico de ENT desde los Servicios de Urgencia, a los establecimientos que conforman la Atención Primaria de Salud.
- Implementar el protocolo generado en los establecimientos de urgencia de la red asistencial.
- Implementar en los centros de salud de Atención Primaria un sistema de captura de los pacientes referidos desde los Servicios de Urgencia, que permita dar atenciones efectivas y pertinentes para el motivo de derivación.
- Cumplir con la correcta implementación de TRIAGE estructurado, de acuerdo con la normativa vigente.
- Definir, implementar y gestionar los flujos de atención de los pacientes, a partir del TRIAGE estructurado, según estándar de atención vigente, para asegurar la oportunidad de atención.
- Medir y monitorear la Demanda de Urgencia y las Atenciones de Urgencia.
- Medir y monitorear la correcta tributación de los datos de Atenciones v/s Demanda.
- Medir y monitorear el número de pacientes que completa el proceso de atención de Urgencia.

3. Marco Referencial

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



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

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

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

Protocolos de Referencia de Enfermedades no Transmisibles.

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

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

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

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

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



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

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

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

En el Proceso de Atención de Urgencia, se debe identificar claramente su inicio, el cual está dado por el primer subproceso clínico que corresponde a la priorización de la demanda de atención por medio del Selector de demanda, siendo la puerta de entrada al proceso de atención de urgencia. Este subproceso determina un flujo diferenciado de atención para cada subgrupo de pacientes, según su complejidad^{23 24}.

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

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

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

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

²³ <https://www.esitriage.com>. Resolución exenta N° 108 del 29 de junio 2018, Aprueba “Orientación Técnica del Sistema de Priorización Estructurada de la atención de pacientes en UEH 2018”, Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL Chile.

²⁴ Ordinario N°293 Mantenimiento Normativo Sidra 2018 Protocolo de Categorización de Urgencia versión 1.3, 25 de enero 2018, Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL Chile.



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

El objetivo de este subproceso debe:

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

La relevancia del Proceso de atención de Urgencia es que el total de pacientes que solicitaron atención, alcancen el alta médica. Los pacientes que no completan el proceso de atención hasta tener el alta médica se consideran como indicador de abandono, lo que incluye tanto a los pacientes que se retiraron antes de ser categorizados, como los que son categorizados y se retiran antes de recibir atención médica²⁵.

4. Definiciones y Terminología

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

²⁵ Ordinario 551 del 06 de febrero 2018, "Estándares y Recomendaciones al Proceso de Atención de Urgencia Hospitalaria". Red de Urgencia Hospitalaria División de Gestión de la Red Asistencial Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud.



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

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

5. Nombres de Indicadores

9.1 Porcentaje de derivación de pacientes con ENT desde los servicios de urgencia APS y hospitalarios hacia establecimientos de atención primaria con atención efectiva en el periodo.

9.2 Porcentaje de usuarios que abandonan durante el proceso de atención de urgencia en las unidades de emergencia hospitalaria adulto y pediátrica.

6. Metas Nacionales año 2023

- Derivar el **80,0%** de los pacientes atendidos en los SU, según protocolo local, hacia los establecimientos de APS, de los cuales se espera un **80,0%** de atención efectiva.
- Se espera que los pacientes que no completan el proceso de atención de urgencia (abandonan en cualquier etapa del proceso), sean menores o iguales al **10,0%**.

7. Ficha General de Indicadores

Nombre del indicador	9.1 Porcentaje de derivación de pacientes con ENT desde los servicios de urgencia APS y hospitalarios hacia establecimientos de atención primaria con atención efectiva en el periodo.
Fórmula de cálculo	(Número de pacientes con ENT derivados desde los servicios de urgencia APS y hospitalario hacia establecimientos de APS del servicio de salud, con atención efectiva en el periodo / Número de pacientes con ENT que consultan en los servicios de urgencia APS y hospitalario del servicio de salud en el periodo) x 100
Fuente de datos	Informe elaborado por SS, conforme a derivaciones de pacientes con ENT desde los SU hacia los establecimientos de APS.

I Corte (enero - junio)	
Número acción	1
Descripción acción	Definir durante el primer semestre el equipo de trabajo e incluir a organismos de toda la red de urgencia en la ejecución del protocolo de derivación desde los SU hacia la red de APS. Además, establecer durante el primer semestre un calendario de reuniones y supervisiones anual, en base a realidad local.
Medios de verificación	i. Resolución vigente que sancione el equipo de trabajo, aprobada por el Director/a del SS respectivo.



Ordinario que convoque a reunión al equipo de trabajo con calendario de reuniones y supervisiones establecido para el año en curso.

		Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
Cálculo del cumplimiento:		X = 100,0%	100,0%
		X < 100,0%	0,0%
Número acción	2		
Descripción acción	i. Informe estado de la implementación del protocolo a nivel de la red de urgencia local, que indique porcentaje de derivación desde los SU hacia la APS, y la atención efectiva de dichas derivaciones.		
Medios de verificación	Informe emitido por SS.		
		Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
Cálculo del cumplimiento:		X ≥ 60,0%	100,0%
		55,0% ≤ X < 60,0%	75,0%
		50,0% ≤ X < 55,0%	50,0%
		40,0% ≤ X < 50,0%	25,0%
		X < 40,0%	0,0%

II Corte (julio - diciembre)			
Número acción	3		
Descripción acción	Informe estado de la implementación del protocolo a nivel de la red de urgencia local, que indique porcentaje de derivación desde los SU hacia la APS, y la atención efectiva de dichas derivaciones, más las actividades realizadas en el periodo.		
Medios de verificación	i. Informe emitido por SS, con detalle de lo solicitado.		
		Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
Cálculo del cumplimiento:		X ≥ 80,0%	100,0%
		75,0% ≤ X < 80,0%	75,0%
		70,0% ≤ X < 75,0%	50,0%
		60,0% ≤ X < 70,0%	25,0%
		X < 60,0%	0,0%

Nombre del indicador	9.2 Porcentaje de usuarios que abandonan durante el Proceso de Atención de Urgencia en las Unidades de Emergencia Hospitalaria Adulto y Pediátrica.
Fórmula de cálculo	[(Número total de DAU generados en las unidades de emergencia hospitalaria adulto y pediátrica en el periodo - Número total de altas desde las unidades de emergencia hospitalaria adulto y pediátrica en el periodo) / Número total de DAU generados en las unidades de emergencia hospitalaria adulto y pediátrica en el periodo] x 100.
Fuente de datos	Reportes emitidos por la UEH del establecimiento obtenido en DEIS REM - A08 (B/12 y AS/12).

I Corte (enero - junio)			
Número acción	1		
Descripción acción	Informe de medición, monitoreo y resultados de los indicadores del corte.		
Medios de verificación	i. Planillas de reportes que den cuenta del resultado, con N° de demanda de urgencia y N° de atenciones de Urgencia. Fuente DEIS- REM A08.		
		Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
Cálculo del cumplimiento:		X ≤ 10,0%	100,0%
		12,5% ≥ X > 10,0%	75,0%
		15,0% ≥ X > 12,5%	50,0%
		17,5% ≥ X > 15,0%	25,0%
		X > 17,5%	0,0%



II Corte (julio - diciembre)		
Número acción	2	
Descripción acción	i. Informe de medición, monitoreo y resultados de los indicadores del corte.	
Medios de verificación	Planillas de reportes que den cuenta del resultado, con N° de Demanda de Urgencia y N° de atenciones de urgencia. Fuente DEIS- REM A08.	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	$X \leq 10,0\%$	100,0%
	$12,5\% \geq X > 10,0\%$	75,0%
	$15,0\% \geq X > 12,5\%$	50,0%
	$17,5\% \geq X > 15,0\%$	25,0%
	$X > 17,5\%$	0,0%

8. Consideraciones Técnicas

9.1 Porcentaje de derivación de pacientes con ENT desde los servicios de urgencia APS y hospitalarios hacia establecimientos de atención primaria con atención efectiva en el periodo.

- Se priorizarán para este indicador: HTA o sospecha de esta, DM o sospecha de esta, Infarto Agudo al Miocardio con comorbilidades, Ataque Cerebrovascular con comorbilidades, Insuficiencia Cardíaca descompensada, Enfermedad Renal Crónica descompensada, Asma, EPOC, Intento o ideación suicida, Agitación psicomotora, Violencia en cualquiera de sus variantes, Trastorno de pánico.
- El porcentaje de derivación es propio de cada SU, que a su vez se puede informar agrupadamente por cada organismo involucrado cuando corresponda (ejemplo comunas con más de un SU o SS con más de una UEH). Se debe considerar el total de pacientes derivados, pero, además, se debe individualizar a cada persona la patología (sospecha) por la que se deriva a la APS y a que establecimiento u organismo es la derivación.
- La atención efectiva se considerará para este indicador, como la hora agendada en el respectivo centro de salud para la persona derivada desde el SU.

9.2 Porcentaje de usuarios que abandonan durante el Proceso de Atención de Urgencia en las Unidades de Emergencia Hospitalaria Adulto y Pediátrica.

- Es importante, para el cumplimiento del indicador asegurar la correcta tributación de sus datos, como principio general se debe tener en cuenta que nunca el N° de atenciones puede superar a la demanda, esto es un error de tributación, por consiguiente, se califica con nota mínima (la demanda siempre debe ser mayor al N° de atenciones).



Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile



COMPROMISO DE GESTIÓN N°10 PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN





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

1. Objetivo General

Mejorar el proceso de hospitalización en establecimientos hospitalarios de alta y mediana complejidad, optimizando el uso del recurso cama, de forma eficiente, oportuna, segura y de calidad.

2. Objetivos Específicos

- Desarrollar un diagnóstico de la gestión hospitalaria institucional y de la red asistencial.
- Analizar indicadores de gestión hospitalaria: Índice de Estancia Media Ajustada (IEMA) y pacientes con indicación de hospitalización desde la Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH) en menos de 12 horas.
- Desarrollar un plan de mejora de gestión hospitalaria con énfasis en la gestión clínica.

3. Marco Referencial

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

La gestión por procesos es definida como una forma de gestionar y profundizar en los aspectos de calidad de ejecución de los procesos, permitiendo sustentar la acreditación y profundizar el reconocimiento de la red de salud. Es así como, a partir del año 2011, se instala desde la Subsecretaría de Redes Asistenciales, un trabajo colaborativo con la red pública, generando los modelamientos de los procesos claves de la gestión clínica, siendo uno de ellos la gestión del proceso de hospitalización, el cual abarca los procesos más importantes llevados a cabo durante la hospitalización de los pacientes hasta su egreso. Uno de los subprocesos de la hospitalización ha sido la gestión de camas, el que tiene por objetivo gestionar de manera eficiente las camas del hospital a través de un gestor específico de éstas. El rol de gestor de camas considera funciones tales como, administrar la disponibilidad de recursos y hacer las gestiones pertinentes para conseguir la mejor disponibilidad de recurso cama²⁶.

Por otro lado, la estadía hospitalaria es uno de los indicadores más importantes utilizados en los servicios clínicos para evaluar la eficiencia de la gestión clínica y la calidad de la atención del paciente. La disminución de los días de estada se asocia a menor riesgo de infecciones asociadas a atención de salud, efectos adversos a medicamentos, con mejorías en el resultado de su tratamiento y con menores tasas de mortalidad. Las estadías más cortas aumentan la rotación de camas lo que aumenta el beneficio de los hospitales,

²⁶ Lira, L. (2013). Impacto del sistema de alta dirección pública (SADP) en la gestión hospitalaria: Un análisis empírico.



descongestionando servicios de urgencia, servicios clínicos y reduciendo los costos. Los tiempos de estadía de una misma enfermedad pueden variar según las características del paciente debido a los flujos del proceso dentro del establecimiento o diversidad de la práctica médica. Por esta razón, es fundamental conocer el flujo del proceso de hospitalización desde que el paciente ingresa y debe analizarse desde diferentes perspectivas²⁷.

En relación con la espera de pacientes para acceder a una cama de dotación, desde la UEH, según la publicación de E. Santelices²⁸ se identifican tres niveles de gestión que pueden contribuir en la mejora de los flujos. La macro gestión, que tiene que ver con la coordinación del sistema de salud en su conjunto, incluyendo el nivel directivo, los dispositivos de atención pertenecientes a la red, UGCC, gestión hospitalaria y servicios de apoyo; la meso gestión, que coordina los distintos componentes de la red de Urgencias, la trazabilidad, traslados y otros; la micro gestión, que es el aspecto de coordinación de cada UEH y sus procesos de atención.

A partir de esta descripción, se desprende que las UEH son un sistema que está inserto dentro de un sistema hospitalario, que depende de los otros componentes de éste. En cuanto a las complicaciones, que la extensión de los tiempos de espera provoca, Jones y cols.²⁹ señalan que la mortalidad global a treinta días aumenta en los pacientes con más de cinco horas en espera de camas, en la unidad de emergencia, y estiman que por cada ochenta y dos pacientes que ingresan después de seis horas se produce una muerte adicional. Este fenómeno está presente todos los días del año, situación que se incrementa durante los periodos de mayor tensión de la red asistencial.

Debido a lo anterior, y considerando el impacto que tienen los distintos elementos que componen el proceso de hospitalización, es que se ha definido como eje central y prioritario el abordaje de un plan de mejora integral, que permita lograr avances sustanciales en este proceso y en el uso eficiente del recurso cama.

4. Definiciones y Terminología

- **Índice de estancia media ajustada (IEMA):** Es un indicador de funcionamiento en términos de gestión de la Estancia media. Compara la Estancia Media (EM) Observada con la Estancia Media Esperada (EMAF), mediante el cálculo del cociente. Si el índice es superior a 1 el hospital extiende la estadía de los pacientes ingresados más tiempo de lo esperado, y viceversa, un índice inferior a 1 lo posiciona como funcionalmente más eficiente, en términos de uso de camas.
IEMA = EM Observada/EMAF.
- **Porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización desde la UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas:** Corresponde a todos los pacientes que, con indicación de hospitalización, logran acceder a una cama de hospitalización antes de 12 horas.

²⁷ Mendez, C (2022). Lineamientos en gestión y eficiencia hospitalaria. Tercera parte. DIGERA, MINSAL.

²⁸ Santelices, E (2017). Descripción y análisis del sistema de la red de urgencia en Chile.

²⁹ Jones S (2022). Association between delays to patient admission from the emergency department and all-cause 30-day mortality Emergency Medicine Journal.



5. Nombre del Indicador

10.1 Porcentaje de cumplimiento del plan de mejora sobre gestión y eficiencia del proceso de hospitalización.

6. Meta Nacional Año 2023

- Obtener un plan de mejora, cuyo objetivo es generar eficiencia hospitalaria en el contexto de trabajo en la red de salud en la meso gestión.

7. Ficha General de Indicadores

Nombre del indicador	10.1 Porcentaje de cumplimiento del plan de mejora sobre gestión y eficiencia del proceso de hospitalización.
Fórmula de cálculo	(Número de cumplimiento de actividades requeridas / Total de actividades requeridas para el periodo) x 100
Fuente de datos	i. Local y Fuente GRD

I Corte (enero - junio)									
Número acción	1								
Descripción acción	<p>Elaboración plan de mejora que contenga:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Organizar y coordinar la Creación en los establecimientos hospitalarios de su Red el Comité de Eficiencia Hospitalaria mediante resolución. - Realizar un diagnóstico de la Red de cada Servicio de Salud, referente al proceso de hospitalización y la eficiencia hospitalaria. Que contenga: <ol style="list-style-type: none"> 1. Análisis de la casuística hospitalaria. 2. Identificación de los nodos críticos que impactan en la estancia hospitalaria en los establecimientos de su red y plan de abordaje de estos. 3. supervisar progreso y cumplimiento del plan de trabajo establecido. 4. Diseño e implementación de estrategias para facilitar la coordinación intra y extrahospitalaria. 5. Monitoreo permanente de indicadores de gestión clínica y estadística. - Planificar y organizar la red asistencial en base a las necesidades de su población. <p>Adicionalmente a lo anterior, para este periodo se ha definido focalizar en dos estrategias prioritarias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificación y análisis con la selección de 2 GRDs (médico-quirúrgico) que se encuentren con IEMA >1.0 y de relevancia para el Establecimiento que contenga descripción de los nodos críticos, desarrollo de actividades de mejora, indicadores propuestos y responsables, según pauta de cotejo. - Identificación y análisis de los resultados respecto del porcentaje de pacientes que acceden a cama de dotación en menos de 12 hrs, que contenga descripción de los nodos críticos, actividades de mejora y responsables, según pauta de cotejo. <p>*Se entregará pauta de cotejo con requisitos mínimos que debe contener el plan de trabajo.</p>								
Medios de verificación	Formato y pauta de cotejo entregado por MINSAL								
Cálculo del cumplimiento:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Resultado Obtenido</th> <th>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cumple completamente con pauta de cotejo</td> <td>100,0%</td> </tr> <tr> <td>Cumple parcialmente con pauta de cotejo</td> <td>50,0%</td> </tr> <tr> <td>No cumple con pauta de cotejo con verificables</td> <td>0,0%</td> </tr> </tbody> </table>	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado	Cumple completamente con pauta de cotejo	100,0%	Cumple parcialmente con pauta de cotejo	50,0%	No cumple con pauta de cotejo con verificables	0,0%
	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado							
	Cumple completamente con pauta de cotejo	100,0%							
Cumple parcialmente con pauta de cotejo	50,0%								
No cumple con pauta de cotejo con verificables	0,0%								



II Corte (enero - diciembre)		
Número acción	2	
Descripción acción	Implementación y evaluación del plan de mejora: Evaluación del funcionamiento del Comité de Eficiencia en el Servicio de Salud y los establecimientos de su Red. a) Seguimiento de objetivos, actividades e indicadores establecidos en el plan de trabajo del servicio de salud y su Red.	
Medios de verificación	i. Formato de Informe que se ajuste a pauta de cotejo e insumos entregado por MINSAL	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	Cumple completamente con pauta de cotejo	100,0%
	Cumple parcialmente con pauta de cotejo	50,0%
	No cumple con pauta de cotejo con verificables	0,0%

8. Consideraciones Técnicas

- Se entregará pauta de cotejo con requisitos mínimos para la realización del diagnóstico de gestión hospitalaria de la red y de los establecimientos.
- Se entregará formato de informe y pauta de cotejo para la evaluación del plan.



Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile



COMPROMISO DE GESTIÓN N°11 PROCESO QUIRÚRGICO





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

1. Objetivo General

Aumentar la eficiencia del proceso quirúrgico a través de la optimización en el uso de los quirófanos de cirugía mayor disponibles en los distintos establecimientos de la red pública con el objetivo de dar respuesta a los/as usuarios/as de la red asistencial.

2. Objetivos Específicos

- Aumentar el porcentaje de cirugías mayores electivas que se realizan en forma ambulatoria.
- Disminuir la suspensión de cirugías electivas en pacientes que están programados en tabla quirúrgica.
- Aumentar la producción quirúrgica respecto al año 2019.

3. Marco Referencial

En línea con el programa de Gobierno, que establece la necesidad de “hacernos cargo de la recuperación de nuestro sistema de salud” con foco en mejorar la gestión de listas de espera para conseguir “tiempos dignos de atención”, es deber del sector salud fortalecer el proceso quirúrgico en los distintos establecimientos del país para dar respuesta a las necesidades de la población. (Programa de Gobierno 2022)

La pandemia de COVID-19 ha aumentado los desafíos para el Sistema de Salud, en relación con la capacidad de respuesta de la red asistencial a las demandas de salud no COVID, aumentando el tiempo de espera y el número de personas que esperan en las Listas de Espera de Consulta Nueva de Especialidad (CNE) y en las Listas de Espera de Intervención Quirúrgica (IQ), así como también los retrasos en las Garantías de Oportunidad GES.

Por tanto, se requiere realizar acciones que permitan mejorar la gestión local a través del monitoreo permanente de los indicadores de eficiencia quirúrgica, sumado a ello, fortalecer el proceso prequirúrgico y la coordinación permanente con las distintas unidades de apoyo del establecimiento para aumentar la producción quirúrgica en los establecimientos de salud.

4. Definiciones y Terminología

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



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

- **Suspensiones quirúrgicas por causal “unidades de apoyo clínico”:** Son aquellas causas asociadas a las distintas unidades de apoyo al proceso quirúrgico por las cuales no se puede realizar la cirugía programada, tales como:
 - Instrumental y/o material con falla de esterilización
 - Instrumental incompleto o no disponible
 - Equipamiento no operativo
 - Falta de sangre o hemoderivados
 - Falta de medicamentos/stock insuficiente
 - Falta de coordinación con Unidad de Imagenología
 - Falta de coordinación con Unidad Anatomía Patológica (biopsia rápida)
- **Producción quirúrgica:** Corresponde al número total de cirugías mayores realizadas en los establecimientos del país y debidamente registradas en el DEIS.

5. Nombres de Indicadores

- 11.1** Porcentaje de ambulatorización de cirugías mayores electivas.
- 11.2** Porcentaje de intervenciones quirúrgicas suspendidas.
- 11.3** Porcentaje de cumplimiento de producción de cirugías mayores electivas.

6. Metas Nacionales Año 2023.

- Lograr el **100,0%** de la meta anual de ambulatorización de cirugías mayores electivas del total de producción de cirugías mayores electivas.
- Alcanzar un porcentaje **≤ 7,0%** de intervenciones quirúrgicas suspendidas y **≤ 0,6 %** de intervenciones quirúrgicas suspendidas por causal “unidades de apoyo clínico”.
- Alcanzar en el periodo 2023 la producción quirúrgica realizada en el periodo 2019.

7. Fichas Generales de Indicadores

Nombre del indicador	11.1 Porcentaje de ambulatorización de cirugías mayores electivas.
Fórmula de cálculo	(Número total de cirugías mayores ambulatorias electivas realizadas / Número total de cirugías mayores electivas realizadas) x 100.
Fuente de datos	DEIS REM BS17

I corte (enero - junio)	
Número acción	1
Descripción acción	- Cada Servicio de Salud tendrá una evaluación diferenciada a su porcentaje de ambulatorización actual.



-El indicador considera alcanzar al final del trienio una ambulatorización del 50,0% de la producción de cirugía mayor.
 -El porcentaje de ambulatorización anual se determina con la siguiente función:

$$Meta\ Anual = LB + \frac{(M - LB)}{P}$$
 M: Meta a obtener al final del trienio.
 P: Periodo de evolución (Valor = 3 primer año, valor= 2 el segundo año y valor= 1 el tercer año).
 LB: Línea base de porcentaje de ambulatorización último trimestre 2022.

- El porcentaje de cumplimiento al corte se determina con la siguiente función:

$$Meta\ Corte = \frac{(MA - LB)}{2 + LB}$$

MA: Meta Anual.

Medios de verificación i. Extracción centralizada por MINSAL de la base de datos REM BS17.

	Resultado obtenido	Porcentaje de cumplimiento asignado
Cálculo del cumplimiento:	$X \geq$ Meta del corte	100,0%
	$LB \leq X <$ Meta del corte	50,0%
	$X <$ LB	0%

II corte (julio - diciembre)

Número acción 2

Descripción acción
 - Cada Servicio de Salud tendrá una evaluación diferenciada a su porcentaje de ambulatorización actual.
 -El indicador considera alcanzar al final del trienio una ambulatorización del 50,0% de la producción de cirugía mayor.
 - El porcentaje de ambulatorización anual se determina con la siguiente función:

$$Meta\ Anual = LB + \frac{(M - LB)}{P}$$
 M: Meta a obtener al final del trienio.
 P: Periodo de evolución (Valor = 3 primer año, valor= 2 el segundo año y valor= 1 el tercer año).
 LB: Línea base de porcentaje de ambulatorización último trimestre 2022.
El porcentaje de cumplimiento al corte se determina con la función de "Meta Anual".

Medios de verificación Extracción centralizada por MINSAL de la base de datos REM BS17.

	Resultado obtenido	Porcentaje de cumplimiento asignado
Cálculo del cumplimiento:	$X \geq$ Meta Anual	100,0%
	$LB \leq X <$ Meta Anual	50,0%
	$X <$ LB	0%

Nombre del indicador 11.2 Porcentaje de intervenciones quirúrgicas suspendidas.

Fórmula de cálculo (Número total de intervenciones quirúrgicas electivas suspendidas en el periodo / Total de intervenciones quirúrgicas electivas programadas en tabla en el periodo) x 100

(Número de intervenciones quirúrgicas electivas suspendidas por causal "unidades de apoyo clínico" en el periodo / Total de intervenciones quirúrgicas electivas programadas en tabla en el periodo) x 100.

Fuente de datos DEIS REM A 21

I Corte (enero - junio)

Número acción 1

Descripción acción Alcanzar un **7,0% o menos** de suspensiones quirúrgicas en el periodo evaluado.

Medios de verificación i. Extracción centralizada por MINSAL de la base de datos REM A 21



Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	$X \leq 7,0\%$	100,0%
	$7,0\% < X \leq 8,0\%$	75,0%
	$8,0\% < X \leq 9,0\%$	50,0%
	$9,0\% < X \leq 10,0\%$	25,0%
	$X > 10,0\%$	0,0%
Número acción	2	
Descripción acción	Alcanzar un 0,6% o menos de suspensiones quirúrgicas por causal “unidades de apoyo clínico” en el periodo evaluado.	
Medios de verificación	i. Extracción centralizada por MINSAL de la base de datos REM A 21	

II Corte (julio - diciembre)		
Número acción	3	
Descripción acción	Alcanzar un 7,0% o menos de suspensiones quirúrgicas en el periodo evaluado.	
Medios de verificación	i. Extracción centralizada por MINSAL de la base de datos REM A 21	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	$X \leq 7,0\%$	100,0%
	$7,0\% < X \leq 8,0\%$	75,0%
	$8,0\% < X \leq 9,0\%$	50,0%
	$9,0\% < X \leq 10,0\%$	25,0%
	$X > 10,0\%$	0,0%
Número acción	4	
Descripción acción	Alcanzar un 0,6% o menos de suspensiones quirúrgicas por causal “unidades de apoyo clínico” en el periodo evaluado.	
Medios de verificación	Extracción centralizada por MINSAL de la base de datos REM A 21	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	$X \leq 0,6\%$	100,0%
	$0,6\% < X \leq 0,7\%$	75,0%
	$0,7\% < X \leq 0,8\%$	50%
	$0,8\% < X \leq 0,9\%$	25%
	$X > 0,9\%$	0%

Nombre del Indicador	11.3 Porcentaje de cumplimiento de producción de cirugías mayores electivas.
Fórmula de Cálculo	(Número total de cirugías mayores electivas realizadas en el periodo / Número total de cirugías mayores electivas realizadas en periodo 2019) x 100
Fuente de Datos	DEIS REM BS17

I Corte (enero - junio)		
Número acción	1	
Descripción acción	Alcanzar un 100,0% de la producción ambulatoria de intervenciones quirúrgicas mayores realizada por el Servicio de Salud en el mismo periodo del 2019.	
Medios de verificación	i. Extracción centralizada de base de datos REM BS17, correspondiente al periodo	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	$X \geq 100,0\%$	100,0%



	$97,5\% \leq X < 100,0\%$	75,0%
	$95,0\% \leq X < 97,5\%$	50,0%
	$92,5\% \leq X < 95,0\%$	25,0%
	$X < 92,5\%$	0,0%

II Corte (julio - diciembre)													
Número acción	2												
Descripción acción	Alcanzar un 100,0% de la producción ambulatoria de intervenciones quirúrgicas mayores realizada por el Servicio de Salud en el mismo periodo del 2019.												
Medios de verificación	i. Extracción centralizada de base de datos REM BS17, correspondiente al periodo												
Cálculo del cumplimiento:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Resultado Obtenido</th> <th>Porcentaje de Cumplimiento Asignado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>$X \geq 100,0\%$</td> <td>100,0%</td> </tr> <tr> <td>$97,5\% \leq X < 100,0\%$</td> <td>75,0%</td> </tr> <tr> <td>$95,0\% \leq X < 97,5\%$</td> <td>50,0%</td> </tr> <tr> <td>$92,5\% \leq X < 95,0\%$</td> <td>25,0%</td> </tr> <tr> <td>$X < 92,5\%$</td> <td>0,0%</td> </tr> </tbody> </table>	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado	$X \geq 100,0\%$	100,0%	$97,5\% \leq X < 100,0\%$	75,0%	$95,0\% \leq X < 97,5\%$	50,0%	$92,5\% \leq X < 95,0\%$	25,0%	$X < 92,5\%$	0,0%
	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado											
	$X \geq 100,0\%$	100,0%											
	$97,5\% \leq X < 100,0\%$	75,0%											
	$95,0\% \leq X < 97,5\%$	50,0%											
$92,5\% \leq X < 95,0\%$	25,0%												
$X < 92,5\%$	0,0%												

8. Consideraciones Técnicas.

11.1 Porcentaje de ambulatorización de cirugías mayores electivas, éste se medirá según la cartera de servicio del establecimiento. Cabe señalar que este indicador no se evaluará en los Institutos de Especialidad por su nivel de complejidad.



Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile



COMPROMISO DE GESTIÓN N°12 PREVENCIÓN Y CONTROL DEL VIH





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

1. Objetivo General

Disminuir la morbilidad y mortalidad por VIH/SIDA e ITS facilitando el acceso oportuno a diagnóstico, control y tratamiento.

2. Objetivos Específicos

- Aumentar la cobertura de exámenes de pesquisa de VIH para la población, facilitando el acceso al diagnóstico oportuno.
- Contribuir al cumplimiento de las metas 95-95-95, a través de la monitorización de personas en TAR y la supresión virológica alcanzada.
- Revincular a los usuarios en abandono de tratamiento antirretroviral a los establecimientos con atención para personas con VIH.

3. Marco Referencial

La Organización Mundial de la Salud, a través de ONUSIDA propuso como meta para el 2025, que del total de personas estimadas viviendo con VIH en el mundo, el 95% conozca su estado serológico, de éstos, el 95% reciba Tratamiento Antirretroviral y de éstos, el 95% logre la supresión viral. Según la evidencia científica actual, una persona viviendo con VIH en terapia antirretroviral efectiva alcanza niveles indetectables de carga viral, por lo cual, no transmite la infección. Chile se ha comprometido con estas metas internacionales.

De acuerdo con las estimaciones de ONUSIDA, a diciembre de 2021 en Chile vivirían 84.000 personas con VIH, de las cuales 74.298 conocen su diagnóstico y 57.028 reciben tratamiento antirretroviral (TAR). El 97% de las personas en TAR se encuentran con un control virológico adecuado, es decir, carga viral menor a 1000 copias.

El Ministerio de Salud, en el marco de ampliar el acceso al diagnóstico de la infección por VIH, el año 2018 implementa el test visual/rápido de VIH en establecimientos de Atención Primaria de Salud logrando una cobertura del 100 % de los dispositivos a nivel país. La disponibilidad de la prueba en diferentes establecimientos de atención ha aumentado de acuerdo con las características y requerimientos de cada Red Territorial Asistencial. Esta estrategia además de avanzar en cobertura debe avanzar hacia el mejoramiento del acceso y certificación de la calidad de los procesos de atención.

Con el propósito de contribuir a la disminución de la mortalidad por SIDA y alcanzar los objetivos propuestos por ONUSIDA para el año 2025, 95-95-95, Chile ha definido el inicio de tratamiento antirretroviral (TAR) independiente del compromiso inmunológico, virológico y clínico, con antirretrovirales con menos reacciones



adversas, con mayor barrera genética y con formulaciones en dosis únicas o duales, lo que favorece la adherencia a los tratamientos, mejora la calidad de vida y disminuye la resistencia a los antirretrovirales. Una de las estrategias sugeridas para disminuir la mortalidad por SIDA ha sido “desarrollar un modelo de focalización y priorización en personas con riesgo de baja adherencia o de abandono”.

El diagnóstico oportuno, inicio temprano de tratamiento antirretroviral, la adherencia al tratamiento y estado de supresión virológica tienen un gran impacto en la salud pública puesto que permiten disminuir la progresión de la enfermedad, disminuir la transmisión sexual de la infección y disminuir la mortalidad por SIDA.

Un estudio realizado en Chile ha demostrado que algunos factores como la identidad de género, las reacciones adversas a medicamentos de la TAR, el estigma y la discriminación, dificultad en el acceso a la atención ya sea por distancia u horarios, el escaso seguimiento de personas al inicio del tratamiento, la desvinculación de una red de apoyo familiar, “se relacionan fuertemente con la mala adherencia a la TAR. Considerando la importancia de evitar que las personas infectadas abandonen TAR, y que existen factores asociados al sistema de salud, en el año 2020 se elaboró y difundió en los establecimientos de la red pública de salud, el “Protocolo de Rescate de Personas Viviendo con VIH Abandonan Controles Médicos o/y Tratamiento antirretroviral” (Res. exenta N° 53, 12 febrero 2020).

4. Definiciones y Terminología

- **Población bajo control:** Considera a las personas con atención vigente a la fecha de reporte. Se entiende por atención vigente la atención realizada por el equipo profesional del establecimiento con prestaciones para personas viviendo con VIH (presencial o telemática) y/o retiro de TAR (cualquier modalidad).
- **Abandono de controles médicos:** Corresponde a aquellos usuarios/as que no se presentan a citación médica efectiva y permanecen insistentes en los siguientes 6 meses consecutivos o más.
- **Abandono de tratamiento:** Corresponde a los usuarios/as que no han retirado tratamiento antirretroviral (TAR) (cualquier modalidad), en un periodo de 6 meses consecutivos o más.
- **Abandono de la atención:** Corresponde a los usuarios/as que están en abandono de controles y de tratamiento para el período definido. Deben cumplir ambas condiciones descritas anteriormente.
- **Terapia antirretroviral:** Fármacos indicados a las personas que viven con VIH, con el objetivo de evitar la replicación viral, 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).
- **Protocolo de rescate:** Documento con definiciones técnicas, donde se establece los procedimientos para contactar y reincorporar a la atención a aquellos usuarios/as que por diversos motivos han abandonado controles, tratamiento o ambos.

5. Nombre de Indicadores

12.1 Porcentaje de cumplimiento de test visual/rápido programados por establecimientos de atención primaria del Servicio de Salud.

12.2 Porcentaje de personas viviendo con VIH de la población bajo control que se encuentran en terapia antirretroviral y con carga viral indetectable en el periodo.



12.3 Porcentaje de usuarios en abandono que retoman controles y tratamiento antirretroviral.

6. Metas Nacionales año 2023

- Alcanzar al menos **90,0%** de cumplimiento test visual/rápido VIH programado por establecimiento de atención primaria.
- Alcanzar al menos un **95,0%** de las personas viviendo con VIH, de la población bajo control, se encuentran en tratamiento con terapia antirretroviral en el periodo; y que al menos un **90,0%** de las personas que se encuentran en terapia antirretroviral, tengan carga viral indetectable en el período.
- Alcanzar al menos un **50,0%** de los usuarios que se encontraban en abandono de atención, retoman controles y tratamiento antirretroviral en establecimientos de salud, con prestaciones para personas viviendo con VIH, en el período.

7. Ficha General de Indicadores

Nombre del indicador	12.1 Porcentaje de cumplimiento de test visual/rápido programados por establecimientos de atención primaria del Servicio de Salud.
Fórmula de cálculo	(Número de test visual/rápido VIH realizados en establecimientos de atención primaria del Servicio de Salud durante el año 2023 / Número total de test visual/rápido VIH programados por establecimientos de atención primaria Servicio de Salud para el año 2023) x 100.
Fuente de datos	Reporte en formato MINSAL, en base a información disponible en SURVIH, REM; Registro local.

I Corte (enero - junio)		
Número acción	1	
Descripción acción	Alcanzar un 30,0% de cumplimiento del total de test visual /rápido VIH programados por los establecimientos de atención primaria del Servicio de Salud al 30 de junio de 2023 (enero a junio)	
Medios de verificación	i. Informe en formato MINSAL con N° test visual / rápido VIH realizados por establecimientos de atención primaria del Servicio de Salud al 30 de junio de 2023.	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	$X \geq 30,0\%$	100,0%
	$25,0\% \leq X < 30,0\%$	75,0%
	$20,0\% \leq X < 25,0\%$	50,0%
	$15,0\% \leq X < 20,0\%$	25,0%
	$X < 15,0\%$	0,0%

II Corte (enero - diciembre)		
Número acción	2	
Descripción acción	Alcanzar un 90,0% de cumplimiento del total de test visual / rápido VIH comprometidos por los establecimientos de atención primaria del Servicio de Salud al 31 de diciembre de 2023.	
Medios de verificación	i. Informe en formato MINSAL con N° test visual / rápido VIH realizados por establecimientos de atención primaria del Servicio de Salud al 31 de diciembre de 2023 (enero a diciembre).	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	$X \geq 90,0\%$	100,0%
	$70,0\% \leq X < 90,0\%$	75,0%
	$50,0\% \leq X < 70,0\%$	50,0%
	$30,0\% \leq X < 50,0\%$	25,0%



	X < 30,0%	0,0%
Nombre del indicador	12.2 Porcentaje de personas viviendo con VIH de la población bajo control que se encuentran en terapia antirretroviral y con carga viral indetectable en el periodo.	
Fórmula de cálculo	<p>Acción 1: (Número de personas con VIH bajo control pertenecientes al Servicio de Salud que se encuentran en terapia antirretroviral en el periodo / Número total de personas con VIH bajo control pertenecientes al Servicio de Salud en el periodo) x 100.</p> <p>Acción 2: (Número de personas con VIH bajo control pertenecientes al Servicio de Salud que se encuentran en terapia antirretroviral con carga viral indetectable en el periodo / Número total de personas con VIH bajo control pertenecientes al Servicio de Salud que se encuentran en terapia antirretroviral en el periodo) x 100.</p>	
Fuente de datos	Registros clínicos locales de los establecimientos con prestaciones para personas que viven con VIH.	

I Corte (enero - junio)		
Número acción	1	
Descripción acción	Alcanzar al menos un 95,0% de personas con VIH bajo control pertenecientes al Servicio de Salud que se encuentren en terapia antirretroviral al 30 de junio de 2023.	
Medios de verificación	i. Informe en formato MINSAL con el reporte del Servicio de Salud, que señale el número de personas en terapia antirretroviral al 30 de junio de 2023.	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	X ≥ 95,0%	100,0%
	90,0% ≤ X < 95,0%	75,0%
	85,5% ≤ X < 90,0%	50,0%
	80,0% ≤ X < 85,5%	25,0%
	X < 80,0%	0,0%
Número acción	2	
Descripción acción	Alcanzar al menos un 90,0% de personas con VIH bajo control pertenecientes al Servicio de Salud que se encuentran en terapia antirretroviral con carga viral indetectable al 30 de junio de 2023.	
Medios de verificación	i. Informe en formato MINSAL con el reporte del Servicio de Salud, que señale el número de personas en terapia antirretroviral con carga viral indetectable, al 30 de junio de 2023.	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	X ≥ 90,0%	100,0%
	85,0% ≤ X < 90,0%	75,0%
	80,0% ≤ X < 85,0%	50,0%
	75,0% ≤ X < 80,0%	25,0%
	X < 75,0%	0,0%

II Corte (enero - diciembre)		
Número acción	3	
Descripción acción	Alcanzar al menos un 95,0% de personas con VIH bajo control pertenecientes al Servicio de Salud que se encuentren en terapia antirretroviral al 31 de diciembre de 2023.	
Medios de verificación	i. Informe en formato MINSAL con el reporte del Servicio de Salud, que señale el número de personas en terapia antirretroviral al 31 de diciembre de 2023.	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	X ≥ 95,0%	100,0%
	90,0% ≤ X < 95,0%	75,0%
	85,0% ≤ X < 90,0%	50,0%



Número acción	$80,0\% \leq X < 85,0\%$	25,0%
	$X < 80,0\%$	0,0%
4		
Descripción acción	Alcanzar al menos un 90,0% de personas con VIH bajo control pertenecientes al Servicio de Salud que se encuentran en terapia antirretroviral con carga viral indetectable al 31 de diciembre de 2023.	
Medios de verificación	i. Informe en formato MINSAL con el reporte del Servicio de Salud, que señale el número de personas en terapia antirretroviral con carga viral indetectable, al 31 de diciembre de 2023.	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	$X \geq 90,0\%$	100,0%
	$85,0\% \leq X < 90,0\%$	75,0%
	$80,0\% \leq X < 85,0\%$	50,0%
	$75,0\% \leq X < 80,0\%$	25,0%
	$X < 75,0\%$	0,0%

Nombre del indicador	12.3 Porcentaje de usuarios en abandono, que retoman controles y tratamiento antirretroviral luego de ejecutarse acciones de revinculación contenidas en el protocolo de rescate, en el periodo.
Fórmula de cálculo	Número de personas viviendo con VIH del Servicio de Salud que se encontraban en abandono de controles médicos y/o tratamiento antirretroviral, que retoman el control y/o tratamiento en el periodo / Número de personas viviendo con VIH del Servicio de Salud que se encuentran en abandono al tratamiento antirretroviral y que no cuentan con auditoría de abandono, en el periodo) x 100.
Fuente de datos	REM A 05- Informe de casos rescatados codificados- Informe de Auditorías de abandono realizadas.

I Corte (enero - junio)		
Número acción	1	
Descripción acción	Rescatar al menos el 25,0% de las personas viviendo con VIH/SIDA que se encuentran en abandono a controles médicos y/o tratamiento antirretroviral en el periodo.	
Medios de verificación	I. Informe en formato MINSAL con el reporte del Servicio de Salud, que señale el número de personas que retomaron sus controles de salud y/o tratamiento antirretroviral posterior a las acciones de rescate realizadas, al 30 de junio de 2023. II. Envío del total de las auditorías de abandono realizadas en el semestre según formato MINSAL. III. REM A 05	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	$X \geq 25,0\%$	100,0%
	$21,0\% \leq X < 25,0\%$	75,0%
	$17,0\% \leq X < 21,0\%$	50,0%
	$13,0\% \leq X < 17,0\%$	25,0%
	$X < 13,0\%$	0,0%

II Corte (enero - diciembre)		
Número acción	2	
Descripción acción	Rescatar al menos el 50% de las personas viviendo con VIH/SIDA que se encuentran en abandono a controles médicos y/o tratamiento antirretroviral en el periodo.	
Medios de verificación	I. Informe en formato MINSAL con el reporte del Servicio de Salud, que señale el número de personas que retomaron sus controles de salud y/o tratamiento antirretroviral posterior a las acciones de rescate realizadas, al 31 de diciembre de 2023.	



II. Envío del total de las auditorías de abandono realizadas desde 01 de Julio al 31 de diciembre de 2023, según formato MINSAL. III. REM A 05.		
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	$X \geq 50,0\%$	100,0%
	$40,0\% \leq X < 50,0\%$	75,0%
	$30,0\% \leq X < 40,0\%$	50,0%
	$20,0\% \leq X < 30,0\%$	25,0%
	$X < 20,0\%$	0,0%

8. Consideraciones Técnicas

12.1 Porcentaje de cumplimiento test visual/rápido programado por establecimientos de atención primaria del Servicio de Salud.

1. Establecimientos de atención primaria: corresponden a CESFAM, CECOSF, Hospital Comunitario, Postas, SAR, SAPU, Espacio Amigable u otro dispositivo de atención con oferta de test visual/rápido de VIH informado por el S.S, independiente de la modalidad (demanda espontánea, en consulta, EMP, actividades extramuros, ronda de salud, etc.).
2. 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.
3. Corte I: enero a junio.
4. Corte II: enero a diciembre.

12.2 Porcentaje de personas viviendo con VIH de la población bajo control que se encuentran en terapia antirretroviral y con carga viral indetectable en el periodo.

1. Se considera CV indetectable aquellas con valores < a 1000 copias.
2. Se debe considerar la medición de CV realizada cuando la persona está recibiendo TAR (terapia antirretroviral).
3. Si un/a usuario/a se ha realizado el examen de carga viral más de 1 vez durante el periodo, se debe considerar el resultado del último para el cálculo del indicador.
4. La CV debe tener una antigüedad máxima de 12 meses al corte del periodo a evaluar.
5. Los informes deben contener la información desagregada por establecimiento, sexo y grupo de edad, de acuerdo con formato MINSAL. Incluir a la población pediátrica VIH.

12.3 Porcentaje de usuarios en abandono, que retoman controles y tratamiento antirretroviral luego de ejecutarse acciones de revinculación contenidas en el protocolo de rescate, en el periodo.

1. Se considera que un usuario/a retomó sus controles de salud y/o tratamiento antirretroviral, si asistió al menos 1 vez a control clínico, con posterioridad a las acciones de rescate ejecutadas, en el periodo.
2. Se considera rescate ejecutado, aquel en que se logra una cita efectiva (definida en el protocolo de rescate), de un usuario/a que se encuentra en abandono de controles y/o tratamiento.
3. Tanto el denominador como el numerador del indicador requieren del envío obligatorio del informe de abandonos (acumulados y de acuerdo con el semestre) y de los rescates en formato Minsal.
4. Solo se podrá excluir del denominador aquellos abandonos con "Auditoría de Abandono" realizada y enviada a Minsal.



Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile



S DE DONANTES

ON FINL

ta historia,
nantes.

ighton F.

COMPROMISO DE GESTIÓN N°13 PROCESO DE DONACIÓN Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS



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

1. Objetivo General

Lograr el incremento de la disponibilidad de órganos sólidos para trasplantes, generados en los establecimientos hospitalarios de la red asistencial.

2. Objetivos Específicos

- Aumentar la tasa de donantes efectivos por servicio de salud.
- Aumentar el porcentaje de pacientes con certificación de muerte encefálica (potenciales donantes de órganos)
- Fortalecer el abordaje familiar en el proceso de donación, con el fin de aumentar el número de Formularios A (reconocimiento familiar).

3. Marco Referencial

Los Servicios de Salud a través de su referente designado a esta materia deben supervisar la existencia y/o facilitar la instalación de las siguientes medidas, para el funcionamiento adecuado del proceso de Donación y Procuramiento de Órganos y Tejidos en la red:

- Planificar y ejecutar un programa de capacitación anual en temas de Donación, Procuramiento y Trasplante de Órganos y Tejidos dirigido a los profesionales médicos, enfermeras y kinesiólogos de UPC, UEH y SAMU, y funcionarios del área clínica en general.
Es opcional considerar la implementación de una plataforma Moodle a nivel de los hospitales de la red para estas capacitaciones.
- Coordinar la existencia de consultores de llamado con disponibilidad 24/7 los 365 días del año para:
 - Certificación de ME o Muerte por criterio neurológico:
 - a. Neurólogo o Neurocirujano
 - b. Electroencefalograma (EEG)³⁰ con informe.
 - c. Doppler Transcraneano (DTC)³¹ con informe; en específico para centros clasificados como Centro A y B para el manejo de Accidente Cerebrovascular (ACV) y centros neuroquirúrgicos, según normativa vigente.
 - Procuramiento de órganos sólidos en centros que dispongan equipos de cirujanos entrenados en

^{30, 4} El cumplimiento del artículo 22 del actual reglamento de la Ley N°19.451, referido a la certificación de muerte encefálica y a las "Técnicas complementarias para el diagnóstico de muerte encefálica o muerte por criterio neurológico"



técnica de extracción (centros que realizan trasplantes):

- a. Urólogos para extracción renal.
 - b. Cirujanos digestivos para extracción de hígado
 - c. Cirujanos cardiotorácicos para extracción de corazón y pulmones.
- o Se recomienda implementar otros consultores de llamado con disponibilidad para exámenes como:
- a. Ecocardiograma con informe. Para potenciales donantes de corazón.
 - b. Eco abdominal con informe. Para donantes de órganos abdominales.
- Asegurar y verificar la habilitación de espacios físicos, (salas) que resguarden la intimidad, para realizar la comunicación con familias, en los hospitales de la red.
 - Existencia de un plan de intervención para asegurar la disponibilidad de quirófanos 24/7 los 365 días del año para realización de cirugías de procuramiento en hospitales generadores de donantes de órganos y tejidos, asimismo en aquellos hospitales trasplantadores.
 - Planificar anualmente la revisión de fichas clínicas de fallecidos por causa neurológica en los hospitales de la red, con la finalidad de identificar aspectos de mejora en el cumplimiento de la notificación, causas de pérdida o descartes de posibles donantes.
 - Planificar y ejecutar un plan para la difusión sobre la actividad de donación y trasplante hacia la comunidad (trabajo conjunto del Departamento de comunicaciones de los SS y de los centros asistenciales).

4. Definiciones y Terminología

- **Potencial donante:** Corresponde a todo posible donante que ha sido certificado en muerte encefálica o muerte por criterio neurológico.
- **Donante efectivo:** Es todo aquel potencial donante que hace ingreso a pabellón.
- **Establecimiento hospitalario categorizado como Centro A y B** para el manejo de Accidente Cerebrovascular (ACV) y centros neuroquirúrgicos según normativa vigente.
- **Abordaje Familiar:** constituye un aspecto transversal del proceso de donación y comprende todas aquellas acciones que se orientarán a la comunicación, acompañamiento y cuidado de la familia de posibles y potenciales donantes, desde una perspectiva humanizada. Estas acciones van más allá de la atención clínica, como son los determinantes culturales y psicosociales involucrados. Tal como ha postulado la Asociación Médica Mundial (AMM)³²: “ante la notificación o pesquisa de todo posible donante, es fundamental hacer un análisis de los hechos y de los resultados relevantes para todos los implicados: el paciente, su familia, el receptor del trasplante, los médicos y enfermeros de la UCI y la sociedad en general”. La relevancia de fortalecer este aspecto del proceso resulta imperante, ya que, tal como han señalado algunas publicaciones recientes³³, las familias y acompañantes de posibles y potenciales donantes siguen

³²Conclusiones de la Sesión Científica de la Asociación Médica Mundial (AMM) sobre el Médico en la Donación y el Trasplante de Órganos: Implicaciones Éticas (2021, p. 1). Recuperado de <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2021/05/conclusiones-de-la-SS-AMMdonacion-y-trasplante-de-organos-17.09.2021.pdf>

³³Miller, J., Currie, S., & O'Carroll, R. (2019). 'If I donate my organs it's a gift, if you take them it's theft': a qualitative study of planned donor decisions under opt-out legislation. BMC Public Health, 19. Kentish-Barnes, N., Cohen-Solal, Z., Souppart, V., Cheisson, G., Joseph, L., MartinLefèvre, L., Gaelle Si Larbi,



influyendo en el proceso de donación, incluso en países donde la ley contempla la figura de donante presunto, como es el caso de Chile en concordancia con la ley N°19.451.

- **Acta de Comunicación de Donación de Órganos y Tejidos:** Formulario de registro de la comunicación de donación, liderada por la Coordinación Local de Procuramiento junto a los equipos tratantes. Para ello, el Ministerio de Salud ha dispuesto los siguientes documentos:

Formulario A - Donante Mayor de Edad.

Formulario B - Documentos Contradictorios del Donante.

5. Nombres de Indicadores

13.1 Tasa de donantes efectivos en muerte encefálica pmp generados por Servicio de Salud por año.

13.2 Porcentaje de potenciales donantes (pacientes con certificación de muerte encefálica).

13.3 Porcentaje de formularios A del abordaje familiar realizados en el proceso de donación.

6. Metas Nacionales Año 2023

- Tasa de **12,0 donantes efectivos** en muerte encefálica pmp. Para los Servicios de Salud que cuenten con un establecimiento categorizado como Centro A y B para el manejo de Accidente Cerebrovascular (ACV) y centros neuroquirúrgicos, según normativa vigente se exigirá una tasa de **13,0 donantes efectivos** en muerte encefálica pmp.
- Alcanzar un incremento de **10 puntos porcentuales** de potenciales donantes de órganos en los hospitales de la red en relación con línea base.
- Lograr el **100,0%** de la meta anual asignada de formularios A del abordaje familiar en el proceso de donación de los hospitales de la red.

7. Ficha General de Indicadores

Nombre del indicador	13.1 Tasa de donantes efectivos en muerte encefálica pmp generados por Servicio de Salud por año.
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{(Número total de donantes efectivos en muerte encefálica generados por cada Servicio de Salud en el periodo evaluado)}}{\text{Población proyectada según INE 2017 por Servicio de Salud 2023}} \times 1.000.000$
Fuente de datos	– Sistema integrado de donación y Trasplante (SIDOT) registro de los donantes efectivos en muerte encefálica

A., Viquesnel, G., Marqué, S., Donati, S., Charpentier, J., Pichon, N., Zuber, B., Lesieur, O., Ouendo, M., Renault, A., Le Maguet, P., Kandelman, S., Thuong, M., Floccard, B., Mezher, C., Duranteau, J. & Azoulay, E. (2019). Being Convinced and Taking Responsibility: A Qualitative Study of Family Members' Experience of Organ Donation Decision and Bereavement After Brain Death. *Critical Care Medicine Journal*, 47 (4), 526 - 534; Sarti, A., Sutherland, S., Healey, A., Dhanani, S., Landriault, A., Fothergill-Bourbonnais, F., Hartwick, M., Beitel, J., Oczkowski, S. & Cardinal, P. (2018). A Multicenter Qualitative Investigation of the Experiences and Perspectives of Substitute Decision Makers Who Underwent Organ Donation Decisions. *Progress in Transplantation Journal*, 28 (4), 343-348; López, J., Martínez, J., Soria-Oliver, M., Aramayona, B., García-Sánchez, R., Martín M. & Almendros, C. (2018). Bereaved relatives' decision about deceased organ donation: An integrated psycho-social study conducted in Spain. *Social Science & Medicine Journal*, 205 (10), 37 - 47; Nascimento, M., Lourenço de Camargo, Z. & Santana, I. (2015). Experimentando la donación de órganos: sentimientos de pos-consentimiento de su familia. *Revista Latinoamericana Enfermagem*, 23 (5), 895-901; Gironés, P., Lillo, M. & Domínguez, JM. (2015). Impact of Organ Donation in Spanish Families: Phenomenological Approach Through Relatives' Lived Experiences. *Transplantation and Proceeding Journal*, 47 (1), 4 - 6.



- Población proyectada según Instituto Nacional de estadísticas (INE) año 2017

I Corte (enero - junio)		
Número acción	1	
Descripción acción	-Alcanzar una tasa nacional de 12 donantes efectivos en muerte encefálica pmp - Alcanzar una tasa de 13 donantes efectivos en muerte encefálica pmp para los Servicios de Salud que cuenten con 1 establecimiento hospitalario categorizado como Centro A y B para el manejo de Accidente Cerebrovascular (ACV) y centros neuroquirúrgicos, según normativa vigente.	
Medios de verificación	i. Reporte de resultados de la Tasa de donantes efectivos en muerte encefálica del periodo evaluado informada por Coordinación Nacional de Donación, Procuramiento y Trasplante de Órganos y Tejidos, DIGERA.	
Cálculo del cumplimiento Tasa de Donantes 12 pmp:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	$X \geq 12$ pmp	100,0%
	$11,0 \text{ pmp} \leq X < 12,0 \text{ pmp}$	75,0%
	$10,0 \text{ pmp} \leq X < 11,0 \text{ pmp}$	50,0%
	$9,0 \text{ pmp} \leq X < 10,0 \text{ pmp}$	25,0%
Cálculo del cumplimiento Tasa de Donantes 13 pmp:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	$X \geq 13$ pmp	100,0%
	$11,0 \text{ pmp} \leq X < 13,0 \text{ pmp}$	75,0%
	$10,0 \text{ pmp} \leq X < 11,0 \text{ pmp}$	50,0%
	$9,0 \text{ pmp} \leq X < 10,0 \text{ pmp}$	25,0%
	$X < 9,0 \text{ pmp}$	0,0%

II Corte (enero- diciembre)		
Número acción	2	
Descripción acción	-Alcanzar una tasa nacional de 12 donantes efectivos en muerte encefálica pmp - Alcanzar una tasa de 13 donantes efectivos en muerte encefálica pmp para los Servicios de Salud que cuenten con 1 establecimiento hospitalario categorizado como Centro A y B para el manejo de Accidente Cerebrovascular (ACV) y centros neuroquirúrgicos, según normativa vigente.	
Medios de verificación	i. Reporte de resultados de la Tasa de donantes efectivos en muerte encefálica del periodo evaluado informada por Coordinación Nacional de Donación, Procuramiento y Trasplante de Órganos y Tejidos, DIGERA.	
Cálculo del cumplimiento Tasa de Donantes 12 pmp:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	$X \geq 12$ pmp	100,0%
	$11,0 \text{ pmp} \leq X < 12,0 \text{ pmp}$	75,0%
	$10,0 \text{ pmp} \leq X < 11,0 \text{ pmp}$	50,0%
	$9,0 \text{ pmp} \leq X < 10,0 \text{ pmp}$	25,0%
Cálculo del cumplimiento Tasa de Donantes 13 pmp:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	$X \geq 13$ pmp	100,0%
	$11,0 \text{ pmp} \leq X < 13,0 \text{ pmp}$	75,0%
	$10,0 \text{ pmp} \leq X < 11,0 \text{ pmp}$	50,0%
	$9,0 \text{ pmp} \leq X < 10,0 \text{ pmp}$	25,0%
	$X < 9,0 \text{ pmp}$	0,0%



Nombre del indicador	13.2 Porcentaje de potenciales donantes (pacientes con certificación de muerte encefálica) en los hospitales de la red, registrados en SIDOT respecto al número total de fallecidos entre 6 meses y 78 años por causa neurológica reportados por GRD al corte 2023.
Fórmula de cálculo	[(Porcentaje de potenciales donantes (pacientes con certificación de muerte encefálica) en los hospitales de la red, registrados en SIDOT de la Línea Base - Porcentaje de potenciales donantes (pacientes con certificación de muerte encefálica) en los hospitales de la red, registrados en SIDOT acumulada al corte 2023) / (Porcentaje de potenciales donantes (pacientes con certificación de muerte encefálica) en los hospitales de la red, registrados en SIDOT de la Línea Base)] *Línea Base será entregada por la Coordinación Nacional de Donación, Procuramiento y Trasplante a fines de febrero 2023.
Fuente de datos	<ul style="list-style-type: none"> – Sistema integrado de donación y Trasplante (SIDOT) – Reporte de fallecidos entre 6 meses y 78 años por causa neurológica reportados por GRD según Listado de códigos CIE 10. – Certificaciones de muerte por criterio neurológico o de los potenciales donantes registrados en el Sistema integrado de donación y trasplante SIDOT. – Implementación de DTC para certificación de ME en los establecimientos categorizado como Centro A y B para el manejo de Accidente Cerebrovascular (ACV) y centros neuroquirúrgicos.

I Corte (enero - junio)		
Número acción	1	
Descripción acción	Alcanzar un incremento de 10 puntos porcentuales de potenciales donantes de órganos en los hospitales de la red en relación con línea base.	
Medios de verificación	i. Reporte de resultados del porcentaje de potenciales donantes del periodo evaluado, informada por Coordinación Nacional de Donación, Procuramiento y Trasplante de Órganos y Tejidos, DIGERA.	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	X ≥ 10,0 pp	100,0%
	8,0 pp ≤ X < 10,0 pp	75,0%
	6,0 pp ≤ X < 8,0 pp	50,0%
	4,0 pp ≤ X < 6,0 pp	25,0%
	X < 4,0 pp	0,0%

II Corte (enero - diciembre)		
Número acción	2	
Descripción acción	i. Alcanzar un incremento de 10 puntos porcentuales de potenciales donantes de órganos en los hospitales de la red en relación con línea base.	
Medios de verificación	Reporte de resultados del porcentaje de potenciales donantes del periodo evaluado, informada por Coordinación Nacional de Donación, Procuramiento y Trasplante de Órganos y Tejidos, DIGERA.	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	X ≥ 10,0 pp	100,0%
	8,0 pp ≤ X < 10,0 pp	75,0%
	6,0 pp ≤ X < 8,0 pp	50,0%
	4,0 pp ≤ X < 6,0 pp	25,0%
	X < 4,0 pp	0,0%

Nombre del indicador	13.3 Porcentaje de formularios A del abordaje familiar en el proceso de donación de los hospitales de la red, registrado en SIDOT respecto al número total de abordaje familiar
----------------------	--



Fórmula de cálculo	(Número de formularios A del abordaje familiar en el proceso de donación de los hospitales de la red/ Número total de formularios de abordajes familiares en el proceso de donación de los hospitales de la red) * 100
	*El resultado obtenido en esta fórmula se comparará con la meta asignada de manera de evaluar el porcentaje de cumplimiento.
Fuente de datos	- Formularios A registrados en el Sistema integrado de donación y trasplante SIDOT.

I Corte (enero - junio)		
Número acción	1	
Descripción acción	Alcanzar un 100,0% de la meta anual asignada a cada Servicio de Salud. Esta meta será entregada por la coordinación nacional de donación y trasplante de órganos y tejidos.	
Medios de verificación	i. Reporte de resultados del porcentaje de los formularios A del periodo evaluado, informada por coordinación nacional de donación, procuramiento y trasplante de órganos y tejidos.	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	X = 100,0%	100,0%
	90,0% ≤ X < 100,0%	75,0%
	80,0% ≤ X < 90,0%	50,0%
	70,0% ≤ X < 80,0%	25,0%
	X < 70,0%	0,0%

II Corte (enero - diciembre)		
Número acción	2	
Descripción acción	Alcanzar un 100,0% de la meta anual asignada a cada Servicio de Salud. Esta meta será entregada por la coordinación nacional de donación y trasplante de órganos y Tejidos.	
Medios de verificación	i. Reporte de resultados del porcentaje de los formularios A del periodo evaluado, informada por coordinación nacional de donación, procuramiento y trasplante de órganos y tejidos.	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	X = 100,0%	100,0%
	90,0% ≤ X < 100,0%	75,0%
	80,0% ≤ X < 90,0%	50,0%
	70,0% ≤ X < 80,0%	25,0%
	X < 70,0%	0,0%

8. Consideraciones Técnicas

Para establecer la meta anual de cada Servicio de Salud respecto de los formularios A en el abordaje familiar, se consideró lo siguiente:

- Línea base (resultados año anterior).
- Tendencia histórica de los resultados del abordaje familiar.
- Complejidad del establecimiento.
- Notificación y pesquisa de posibles/potenciales donantes.
- Potencialidad de certificaciones de muerte por criterio neurológico.



Red pública de Donación, Procurement de Órganos y Tejidos

Servicio de Salud	Hospitales de la Red	Coordinación Local de Procurement de la red
Servicio de Salud Arica	Hospital Regional de Arica Dr. Juan Noé Crevani.	Hospital de Arica Dr. Juan Noé Crevani
Servicio de Salud Iquique	Hospital Ernesto Torres Galdames, Iquique.	Hospital Ernesto Torres Galdames, Iquique.
Servicio de Salud Antofagasta	Hospital Regional Dr. Leonardo Guzmán, Antofagasta. Hospital Dr. Carlos Cisternas de Calama.	Hospital Regional Dr. Leonardo Guzmán, Antofagasta.
Servicio de Salud Atacama	Hospital San José del Carmen, Copiapó. Hospital Prov. del Huasco Monseñor Fernando Asistía Ruiz, Vallenar.	Hospital San José del Carmen, Copiapó.
Servicio de Salud Coquimbo	Hospital San Pablo, Coquimbo. Hospital San Juan de Dios, La Serena. Hospital Dr. Antonio Tirado Lanús (Ovalle). Hospital Illapel.	Hospital San Pablo De Coquimbo.
Servicio de Salud Valparaíso San Antonio	Hospital Carlos Van Burén, Valparaíso. Hospital Claudio Vicuña (San Antonio). Hospital Dr. Eduardo Pereira Ramírez (Valparaíso).	Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso.
Servicio de Salud Viña Del Mar - Quillota	Hospital Dr. Gustavo Fricke, Viña del Mar. Hospital Biprovincial Quillota Petorca. Hospital Quilpué.	Hospital Gustavo Fricke, Viña del Mar.
Servicio de Salud Aconcagua	Hospital San Camilo, San Felipe. Hospital San Juan de Dios, Los Andes.	Hospital San Camilo, San Felipe.
Servicio de Salud Metropolitano Norte	Hospital de Niños Roberto del Río. Complejo Hospitalario San José. M. Norte.	Complejo Hospitalario San José, M. Norte.
Servicio de Salud Metropolitano Occidente	Hospital San Juan de Dios, M. Occidente. Hospital Clínico Dr. Félix Bulnes Cerda. Hospital Adalberto Steeger, Talagante.	Hospital San Juan de Dios, M. Occidente.
Servicio de Salud Metropolitano Central	Hospital Clínico San Borja Arriarán. Hospital Clínico Metropolitano El Carmen. Dr. Luis Valentín Ferrada Maipú. Hospital de Urgencia Asistencia Pública.	Hospital de Urgencia Asistencia Pública, M. Central.
Servicio de Salud Metropolitano Oriente	Hospital Del Salvador, M. Oriente. Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna. Instituto de Neurocirugía Dr. Alfonso Asenjo. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y Cirugía Torácica. Hospital Dr. Luis Tisné Brousse. Hospital Metropolitano	Hospital Del Salvador, M. Oriente.

Servicio de Salud	Hospitales de la Red	Coordinación Local de Procurement de la red
Servicio de Salud Metropolitano Sur	Hospital Barros Luco Trudeau. Hospital El Pino. Hospital Dr. Exequiel González Cortés.	Hospital Barros Luco Trudeau, M. Sur.
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente	Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río. Hospital Padre Alberto Hurtado Hospital Clínico Metropolitano La Florida Dra. Eloísa Díaz Insunza.	Complejo Hospitalario Dr. Sótero del Río, M. Sur Oriente.
Servicio de Salud O'Higgins	Hospital Regional Libertador Bernardo O'Higgins, Rancagua. Hospital San Juan de Dios San Fernando	Hospital Regional Libertador Bernardo O'Higgins, Rancagua.
Servicio de Salud Maule	Hospital Dr. César Garavagno, Talca. Hospital San Juan de Dios Curicó Hospital Gral. Carlos Ibáñez del Campo Linares	Hospital Dr. Cesar Garavagno, Talca.



Servicio de Salud Ñuble	Hospital Clínico Herminda Martin, Chillán.	Hospital Clínico Herminda Martin, Chillán.
	Hospital San Carlos.	
Servicio de Salud Concepción	Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente, Concepción.	Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente, Concepción.
Servicio de Salud Arauco	Hospital Provincial Dr. Rafael Avaria Valenzuela, Curanilahue.	Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente, Concepción.
Servicio de Salud Talcahuano	Hospital Las Higueras, Talcahuano.	Hospital Las Higueras, Talcahuano.
	Hospital de Tomé.	
Servicio de Salud Biobío	Hospital Víctor Ríos, Los Ángeles.	Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz, Los Ángeles.
Servicio de Salud Araucanía Norte	Hospital Dr. Mauricio Heyermann (Angol).	Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz, Los Ángeles.
	Hospital Victoria.	Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, Temuco.
Servicio de Salud Araucanía Sur	Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, Temuco.	Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, Temuco.
	Hospital Complejo Asistencial Padre Las Casas	
Servicio de Salud Valdivia	Hospital Base de Valdivia.	Hospital Base de Valdivia.
Servicio de Salud Osorno	Hospital Base San José de Osorno.	Hospital Base San José de Osorno.
Servicio de Salud Reloncaví	Hospital Puerto Montt Dr. Eduardo Schütz Schroeder.	Hospital Puerto Montt Dr. Eduardo Schütz Schroeder.
Servicio de Salud Chiloé	Hospital Dr. Augusto Riffart de Castro.	Hospital Dr. Augusto Riffart de Castro.
Servicio de Salud Aysén	Hospital Regional Coyhaique.	Hospital Regional Coyhaique.
Servicio de Salud Magallanes	Hospital Regional Dr. Lautaro Navarro Avaria de Punta Arenas.	Hospital Regional Dr. Lautaro Navarro Avaria de Punta Arenas.

Para los Servicios de Salud Arauco y Araucanía Norte el COMGES no aplica.



Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile



**COMPROMISO DE GESTIÓN N°14
DISEÑO DE LA RED ASISTENCIAL,
PROTECCIÓN DE NIÑAS, NIÑOS Y
ADOLESCENTES Y ACCESO A LA LEY
RICARTE SOTO**



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

1. Objetivo General

- Fomentar la cohesión territorial trazando redes macrorregionales coherentes con los lineamientos de la subsecretaría y las necesidades sociosanitarias de la población.
- Implementar las estrategias de protección y acompañamiento de niñas, niños y adolescentes (NNA), en riesgo o víctimas de vulneración de derechos que sean pesquisados por los equipos de salud en establecimientos de atención secundario y terciario de la red asistencial.
- Mejorar el acceso y cobertura de la población asignada a cada Servicio de Salud en la entrega de garantías de alto costo de la Ley 20.850 (Ricarte Soto), a través de la incorporación progresiva de nuevos problemas de salud garantizados, ya sea en prestadores ya aprobados o nuevos prestadores en los distintos niveles de atención pertenecientes al Servicio.

2. Objetivos Específico

- Contribuir a la construcción de la Red Asistencial desde las necesidades territoriales, incluyendo en su lógica de análisis, el enfoque de género y enfoque de derechos, potenciando su diálogo con el intersector y la sociedad civil a través de los CIRA y consejos macrorregionales.
- Integrar a los Diseños de la Red Asistencial de los Servicios de Salud, redes macrorregionales respondiendo a las exigencias de asociatividad local y necesidades territoriales.
- Desarrollar la Red de Salud LGTBIQA+ en articulación con los territorios y actores de la Sociedad Civil Organizada (SCO).
- Fortalecimiento de la gobernanza de la meso gestión de la red temática de Salud Mental.
- Implementar en los Servicios de Salud del país, una red de profesionales encargados de la coordinación de las estrategias de protección de NNA en los establecimientos de atención cerrada y ambulatoria.
- Conformación de comités de protección Infanto-adolescente en todos los establecimientos de atención secundaria y terciaria de la red asistencial según Orientaciones Técnicas
- Establecer el procedimiento administrativo, que permita una adecuada implementación del proceso de estrategias de protección de NNA, que incluya la formación de líderes y/o líderes de procesos dentro de la comunidad funcionaria.
- Evaluar la Red de Prestadores Ley Ricarte Soto del Servicio de Salud, identificando brechas de cobertura para la entrega de garantías de alto costo.
- Incorporar nuevos problemas de salud LRS en los establecimientos de la Red del Servicio de Salud.

3. Marco Referencial



Diseño de Red: La Organización Mundial de la Salud define a los Sistemas de Salud como “el conjunto de organizaciones, individuos y acciones cuya intención primordial es promover, recuperar y/o mejorar la salud”³⁴

Por otro lado, el Modelo de Atención Integral planteado por la Reforma de Salud, sitúa a “las personas y sus necesidades como el eje central del quehacer del sistema de salud y para ello plantea que el sistema se disponga, de la misma forma que las personas organizan la búsqueda de la satisfacción de sus necesidades”.³⁵

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

A los Servicios de Salud les corresponde la “articulación, gestión y desarrollo de la Red Asistencial correspondiente, para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud, como también la rehabilitación y cuidados paliativos de las personas enfermas. En lo que se refiere a su funcionamiento, se someten a la supervigilancia del Ministerio de Salud, debiendo cumplir con las políticas, normas, planes y programas que éste apruebe”.³⁶

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

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

³⁴ Organización Mundial de la Salud 2000 <https://www.who.int/publications/i/item/924156198X>. Disponible en español <https://biblioteca.hegoa.ehu.eus.us/registros/10657>

³⁵ Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Organización Panamericana de la Salud 2014. <https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>

³⁶ Ministerio de Salud 2022. <https://www.minsal.cl/servicios-de-salud/>



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

La articulación y sinergia entre los distintos actores involucrados promueve la consecución de ecosistemas sanitarios, que tienden a aumentar la productividad y la cohesión de los subsistemas sociales que interactúan en un territorio, permitiendo compartir responsabilidades, recursos e instrumentos disponibles propios de cada comunidad. Esta articulación, amplía por defecto las capacidades institucionales, especialmente las relacionadas con capital humano y social, lo cual crea condiciones para lograr efectos multiplicadores. El desafío está en aceptar la diversidad y gestionar la diferencia.

La orgánica de la construcción del Diseño de la Red, tuvo como objetivo transitar desde un modelo donde la planificación giraba en torno a la oferta, hacia uno originado con base en las necesidades de las personas; es decir, desde la demanda, incorporando al usuario en este proceso de cambio.

La pandemia por SARS COV-2 en Chile ha generado, no solo un desajuste estructural grave en términos epidemiológicos, si no que también ha exigido a las comunidades y organizaciones, incluido el sistema sanitario, articularse y revincularse en un contexto social donde la complejidad de las conexiones define la construcción de la realidad social y sanitaria en donde transita una persona.

Durante estos últimos años los territorios y las personas que lo habitan han cambiado y, por ende, las estructuras de soporte social más exigidas, entre las que cuenta el sistema sanitario, se han tensionado en una dinámica de adaptación constante y resolución inmediata. Cifras entregadas por la Encuesta Social COVID 1937 dan cuenta de que el 70% de los hogares del quintil 1 al 4 han postergado consultas y/o tratamientos de salud versus el 55% en el quintil 5. Por otro lado, las personas de 18 o más años con síntomas de depresión y/o ansiedad moderada o severa, por quintil de ingresos 2019, son 26% en el quintil 1, 22% en el quintil 2, 3 y 4 y 15% en el quintil 5. Sumado a eso los hogares que postergaron atenciones de salud por suspensión de horas, por quintil de ingresos 2019, fue un 48% en el quintil 1, 43% en el quintil 2, 42% en el quintil 3, 38% en el quintil 4 y 22% en el quintil 5.

Este contexto impone al sistema sanitario el desafío de adaptarse, diversificando sus estrategias, reorganizando sus recursos, para consolidar así un sistema de salud resiliente y orientado a las personas.

Comités de protección de NNA: En el marco del plan de acción nacional por la niñez y adolescencia (2018-2025) abordado por Ministerio de Desarrollo Social en conjunto con el Ministerio de Salud, el cual está enfocado en velar por el cumplimiento de los derechos de niñas, niños y adolescentes que se plasmó en la ley garantías de la niñez, promulgada el 6 de marzo del 2022.

Rol del Servicio de Salud:

³⁷ Ministerio de Desarrollo Social y Familia 2021. <http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/encuesta-social-covid19#:~:text=La%20Encuesta%20Social%20COVID%2D19,de%20los%20hogares%20del%20pa%C3%ADs.>



- Gestionar, articular y propiciar que todos los establecimientos de su red, hospitalarios y de atención secundaria implementen durante el año 2023, los lineamientos del presente compromiso de gestión. Será el encargado de remitir la información del Comges, al referente ministerial para su cumplimiento.
- El Servicio de Salud deberá designar por ordinario remitido al Subsecretario de Redes Asistenciales en nombre del profesional que será responsable de implementar en conjunto a los establecimientos hospitalarios y de atención secundaria el presente Comges.

Participantes del comité NNA:

En establecimientos hospitalarios:

- Médico/a pediatra y/o médico familiar con especialidad en adolescencia*.
- Médico ginecólogo con especialización o experiencia acreditada con NNA**.
- Psicólogo/a (de preferencia que se desempeñe con NNA).
- Trabajador/a social.
- Enfermero/a (que se desempeñe en unidades de infancia y/o adolescencia).
- Matrn/a, con experiencia acreditada de trabajo con NNA.
- Abogado/a (para efectos de revisión en Poder Judicial y asesoría).
- Otros especialistas que respondan a vulneración de NNA, según disponibilidad y requerimientos.

En el contexto de la conformación del comité, se entregan consideraciones en materia de poder subsanar a la falta de especialistas médicos.

*Médico pediatra o con formación en infancia reconocida. De no contar con el recurso humano de médico pediatra, podrá ser médico/a en etapa de formación (EDF) o médico general. Dentro de los requisitos, se debe considerar que, de no contar con la subespecialización en pediatría, debe tener al menos afinidad y sensibilización para la atención de niñas, niños y adolescentes.

** Médico/a ginecólogo, de preferencia debiese contar con la formación en pediatría y adolescencia. De no contar con este recurso humano formado, también se entenderá válido como Ginecólogo/a con experiencia comprobable en la atención de NNA. De no contar con ningún recurso humano de médico ginecólogo, se podrá subsanar de forma transitoria con profesional matrn/a con reconocida experiencia trabajando con NNA y/o solicitar apoyo en Célula de Hospital Digital.

*** Médico Internista; aplica para los establecimientos hospitalarios que no cuenten con atención pediátrica. De no contar con este recurso humano, se puede subsanar con médico general con afinidad en el desarrollo de actividades con jóvenes y adolescentes.

En la incorporación al comité de los profesionales médicos, las duplas siempre deberán ser:

- Médico Pediatra y Médico/a ginecólogo (con las subsanaciones permitidas).
- Médico Internista o Médico General y Médico/a ginecólogo (con las subsanaciones permitidas).

En establecimientos de atención secundaria no adosados a establecimientos de atención cerrada:

Para CRS Maipú, CRS Cordillera, CRS Salvador Allende y CRS Puente Alto, bastará con la siguiente configuración:

- Médico general, pediatra, internista u otro que tenga formación y afinidad en infancia y adolescencia. Sin



perjuicio de lo anterior, de contar con más profesionales médicos interesados en formar parte del comité, estos podrán incluirse procurando mantener la interdisciplina en la conformación.

- Enfermera/o y matrn/a de los programas de atención secundaria de pediatría o adolescencia o salud sexual y reproductiva u otro programa afín.
- Psicólogo/a.
- Trabajador/a social.

En el contexto de la conformación de la Red de Protección de NNA, los establecimientos de atención secundaria deberán tener una coordinación directa y fluida con los comités de protección de los hospitales de alta complejidad de su red.

Ley Ricarte Soto (LRS): La ley 20.850 crea un sistema de protección financiera para diagnósticos Y tratamientos de alto costo y rinde homenaje póstumo a don Luis Ricarte Soto Gallegos.

El Reglamento de esta Ley (Decreto N°54 del año 2016), que establece las normas para el otorgamiento y cobertura financiera de los diagnósticos y tratamientos, señala que los establecimientos al postular para ser parte de la Red de Prestadores deberán manifestar su voluntad para participar en el proceso de aprobación de prestadores. Dicha Ley, no entrega ni financia recursos humanos, físicos, tecnológicos, etc. que faciliten aumentar en nuevos problemas de salud en los establecimientos, lo cual genera un desincentivo para la adscripción a este sistema. En consecuencia, existe una necesidad manifiesta por parte de los Servicios de Salud y los establecimientos de la red pública de contar con recursos que permitan resguardar la continuidad de la atención, dado el aumento sostenido de pacientes.

Actualmente, la incorporación voluntaria de prestadores a la Ley Ricarte Soto ha constituido una barrera para el crecimiento de la red de establecimientos que entregan las garantías a nivel nacional, particularmente en la red pública y privada, donde existen Servicios de Salud que no entregan cobertura para todos los problemas de salud garantizados en los establecimientos de su territorio.

Como ejemplo, uno de los problemas de salud garantizados es la *nutrición enteral domiciliaria*, cuyo ingreso de beneficiarios ha tenido un crecimiento por sobre la estimación realizada, y a pesar de haber implementado la estrategia de incorporación de la mayoría de los especialistas que pueden indicar la nutrición enteral, incluidos los médicos de salud familiar de la red a la atención primaria de salud, aún existen muchos usuarios que no pueden acceder a esta garantía, debido a un bajo porcentaje de incorporación de nuevos prestadores.

El trabajo coordinado para este COMGES permitirá aumentar el número de prestadores por Servicio de Salud, especialmente en la garantía de *Nutrición Enteral Domiciliaria*. Además, la evaluación de la propia Red de Prestadores LRS por parte del Servicio de Salud respecto a la identificación de brechas de cobertura, permitirá identificar y analizar los requerimientos de recursos humanos, físicos y financieros, los cuales deberán ser solicitados a través de las distintas líneas de solicitud de presupuesto anual disponibles por el sector.

Consideraciones técnicas LRS:

- A partir del año 2023, las postulaciones de los establecimientos pertenecientes a la Red del Servicio de



Salud correspondiente deberán ser enviadas por oficio del Servicio de Salud, dirigido a la Subsecretaría de Redes Asistenciales, adjuntando la documentación correspondiente al cumplimiento de los estándares de la norma técnica N°207.

- Cada semestre, el Servicio de Salud deberá enviar la postulación de al menos 1 problema de salud.
- Del total de problemas de salud postulados en el año, al menos uno deberá ser para *Nutrición enteral domiciliaria*, ya sea, de establecimientos de atención primaria, secundaria o terciaria.

4. Definiciones y Terminología

- **Diseño de la Red Asistencial:** Es el instrumento en el cual se pueden y deben considerar todos los aspectos necesarios para una adecuada articulación e integración de la Red Asistencial, proponiendo planes de desarrollo fundados en datos y resultados, en los ámbitos de prestaciones preventivas y curativas, requerimientos en equipamiento, en recursos humanos, tecnologías de la información, de inversión en infraestructura, etc.³⁸
- **Fragmentación de la red asistencial:** OPS establece que, “los sistemas de salud de las Américas se caracterizan por altos niveles de fragmentación de sus servicios de salud, la excesiva fragmentación de los servicios de salud genera dificultades en el acceso a los servicios, la prestación de servicios de baja calidad técnica, el uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles, un incremento innecesario de los costos de producción y una baja satisfacción de los/as ciudadanos/as con los servicios recibidos”³⁹
- **Determinantes sociales de la salud:** La Organización Mundial de la Salud define los determinantes sociales de la salud (DSS) como “las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana”. Estas fuerzas y sistemas incluyen políticas y sistemas económicos, programas de desarrollo, normas y políticas sociales y sistemas políticos. Las condiciones anteriores pueden ser altamente diferentes para varios subgrupos de una población y pueden dar lugar a diferencias en los resultados en materia de salud. Es posible que sea inevitable que algunas de estas condiciones sean diferentes, en cual caso se consideran desigualdades, tal como es posible que estas diferencias puedan ser innecesarias y evitables, en cual caso se consideran inequidades y, por consiguiente, metas apropiadas para políticas diseñadas para aumentar la equidad.”⁴⁰
- **Cartera de servicios:** es el resultado de las distintas líneas de producción de servicios que posee el Establecimiento o la Red, generadas a partir de los diferentes procesos productivos que ocurren en el o los establecimientos.
- **Mapa de derivación:** Instrumento que muestra la representación gráfica del Diseño de la Red, propuesto por cada Servicio de Salud, y que es el reflejo de la articulación, cohesión y optimización del sistema para responder oportunamente a las necesidades sanitarias de las personas.

³⁸ Orientaciones para el Diseño de la Red Asistencial 2022.

³⁹ Redes Integradas de Servicios de Salud: “Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas”, serie: La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas N° 4. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C. año 2010

⁴⁰Organización panamericana de la Salud (OPS) 2010. <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la,condiciones%20de%20la%20vida%20cotidiana%22>.



Los Mapas de Derivación se gestionan dinámicamente en la medida que la demanda interna del Red ha superado su oferta instalada, por la incorporación de nuevas prestaciones o de nuevos dispositivos en la Red.

- **Complejidad social de la población:** se refiere a las características sociales, demográficas, culturales y territoriales, que constituyen los determinantes sociales de la salud. Problemas y factores de riesgo en salud como el embarazo adolescente, la dependencia al alcohol y otras drogas y las diversas formas de violencia, son ejemplos de la complejidad social que debe abordarse y analizarse con una mirada en las diversidades del género por el conjunto de la red, con especial énfasis en la Atención Primaria.
- **Complejidad clínico asistencial de la resolución de los problemas de salud:** se refiere a la necesidad del uso de tecnologías, equipamientos, procedimientos con necesidades de capacitación y experiencia para la resolución ambulatoria u hospitalaria de las enfermedades.
- **Redes asistenciales macrorregionales:** Red de coordinación en regiones que tengan más de un Servicio de Salud y entre Servicios de Salud de diferentes regiones.

Consideraciones en la integración de redes macrorregionales:

- **Paritario:** Que está constituido por distintas partes con paridad o igualdad en el número, género y derechos de los miembros que constituyen el equipo que coordinará la iniciativa en el Servicio de Salud.
 - **Paridad de género:** se refiere a una participación y representación equilibrada de mujeres y hombres en los puestos de poder y de toma de decisiones en todas las esferas de la vida (política, económica y social). Se considera actualmente un indicador para medir la calidad democrática de los países.
 - **Gobernanza:** Según Stoker, citado en Rhodes (1996) "La gobernanza se caracteriza por una red de instituciones e individuos que colaboran juntos y unidos por un pacto de mutua confianza, son organizaciones de poder que forman redes semiautónomas y a veces autogobernadas."⁴¹ Gobernar desde esta perspectiva, se transforma en un proceso interactivo, en donde ningún agente, público o privado, tiene bastantes conocimientos ni capacidad de emplear recursos para resolver unilateralmente los problemas. El PNUD (UNDP) (1997), por su parte, define gobernanza como "el ejercicio de la autoridad económica, política y administrativa para administrar los asuntos de un país a todos los niveles de gobierno. La misma comprende los mecanismos, los procesos y las instituciones a través de las cuales los ciudadanos y los grupos articulan sus intereses, ejercen sus derechos legales, cumplen sus obligaciones y resuelven sus diferencias". Desde este punto de vista, la gobernanza adecuada se caracteriza como "participativa, transparente [...] con control público [...], efectiva y equitativa [...] promotora del Estado de derecho [que] asegura que las prioridades políticas, sociales y económicas estén basadas en un amplio consenso en la sociedad".⁴²
 - **Meso gestión:** Meso gestión o gestión de redes comprende la articulación de los establecimientos de complejidad diferenciada para el cumplimiento de los objetivos sanitarios. Se entiende la meso gestión como la gestión a nivel de los Servicios de Salud.
 - **LGTBIQA+:** Las siglas se refieren respectivamente a lesbianas, gays, transgénero, bisexuales, intragénero, queer, asexuales y, con el +, a otras orientaciones, expresiones e identidades de género diversas.
- **Ley Ricarte Soto:** Ley N°20.850 sobre sistema de protección financiera para diagnósticos y tratamientos

⁴¹ Rhodes, R.A.W., 1996, "The New Governance: Governing without Government", Political Studies, núm. 44

⁴² Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 1997, Governance for Sustainable Human Development, Nueva York, UNDP. <https://digitallibrary.un.org/record/3831662>



de alto costo y rinde homenaje póstumo a don Luis Ricarte Soto Gallegos.

- **Red de Prestadores LRS Aprobados:** Conformada por establecimientos públicos, privados y de Fuerzas armadas y de Orden, donde lo pacientes se mueven de acuerdo con su domicilio, mejor acceso disponible, previsión, disponibilidad de prestador cercano al domicilio y preferencia del paciente.
- **NED:** Nutrición enteral domiciliaria.
- **Norma técnica N°207:** Fija los estándares técnicos específicos que deben cumplir los prestadores de salud para formar parte de la red señalada en el artículo 13° de la ley n°20.850 y deja sin efecto el decreto n°530 exento, de 2015, del ministerio de salud, que aprobó la norma técnica n°181.
- **NNA:** Niñas, niños y adolescentes.

5. Nombres de indicadores

- 14.1** Integración de redes macrorregionales al Diseño de la Red Asistencial.
- 14.2** Conformación de comité de protección de niñas, niños y adolescentes (NNA).
- 14.3** Nuevos problemas de salud LRS incorporados en la red del Servicio de Salud.

6. Metas Nacionales Año 2023

- **100,0%** de los Servicios de Salud cuenta con a lo menos dos diseños de redes macrorregionales.
- **100,0%** de los Servicio de Salud evidencia procesos de fortalecimiento de la gobernanza para su red temática de Salud Mental.
- **100,0%** de los establecimientos de atención terciaria y atención secundaria (que no se encuentren adosados a hospitales) dependientes de Servicios de Salud, han conformado el comité de protección de NNA
- **100,0%** de los Servicio de Salud ha incorporado al menos 2 problemas de salud garantizados en la Ley Ricarte Soto, de los cuales uno deberá ser “Nutrición enteral domiciliaria (NED)”.

7. Ficha General de Indicadores

Nombre del indicador	14.1. Integración de redes macrorregionales al Diseño de la Red Asistencial.
Fórmula de cálculo	(Número de acciones cumplidas para la elaboración del Diseño macrorregional e integración de los territorios / Total de acciones cumplidas para la elaboración de Diseño macrorregional e integración de los territorios para el año 2023 en el periodo) x 100.
Fuente de datos	Medios de verificación según solicitud del equipo responsable de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

I Corte (enero - junio)	
Número acción	1
Descripción acción	Cada Servicio de Salud deberá entregar, antes de finalizar febrero del año 2023, una nómina con el nombre y el cargo de los profesionales que conformarán el equipo que liderará y coordinará estas iniciativas en el Servicio de Salud. La composición de este equipo debe ser paritaria y a lo menos debe incluir profesionales referentes del equipo de salud mental y LGTBIQA+.
Medios de verificación	i. Resolución con los nombres de equipo responsable de liderar este proceso, enviada vía correo electrónico al gestor territorial de cada macrorregión.



Cálculo del cumplimiento	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	X = 100,0%	100,0%
	X < 100,0%	0,0%
Número acción	2	
Descripción acción	Cada Servicio de Salud, antes de finalizado el mes de marzo del año 2023, deberá reunirse con los Servicios de Salud pertenecientes a su macrorregión (o red de derivación más pertinente) y establecer a lo menos el desarrollo de dos redes macrorregionales en los siguientes temas: red de salud LGTBQA+ y una red de interés local, mencionada en el Diseño de la Red 2022 y en acuerdo a su macrorregión (o red de derivación más atingente). ⁴³	
Medios de verificación	i. Acta documento, validada y firmada por los gestores de la Red y el equipo involucrado. El acta debe contener a lo menos: <ul style="list-style-type: none"> - Acuerdos de la reunión. - Elección de la Red temática para desarrollar. - Cronograma de actividades para el desarrollo de la Red de Salud LGTBQA+. - Cronograma de actividades para el trabajo de la Red de prioridad local. 	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	X = 100,0%	100,0%
	X < 100,0%	0,0%
Número acción	3	
Descripción acción	Cada Servicio de Salud, durante el mes de junio, enviará vía oficio a la Subsecretaría de Redes Asistenciales, una propuesta de mejora de la gobernanza de la meso gestión en salud mental, con dependencia técnica de la Subdirección de Gestión Asistencial.	
Medios de verificación	i. Plan de mejora de la gobernanza de la meso gestión en Salud Mental. ⁴⁴	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	X = 100,0%	100,0%
	X < 100,0%	0,0%
Número acción	4	
Descripción acción	Antes de finalizado el mes de mayo, el Servicio de Salud entregará un informe de identificación de actores de la red pública y de la SCO que están involucrados en el desarrollo de la red de salud LGTBQA+ y red de elección local a desarrollar. Indicando el tipo de implicancia del actor, la comuna donde opera, y otras características distintivas de la colaboración con la Red de Salud. ⁴⁵	
Medios de verificación	i. Informe de los actores relevantes para la construcción de la Red de Salud LGTBQA+	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	X = 100,0%	100,0%
	X < 100,0%	0,0%
Número acción	5	
Descripción acción	Antes de finalizado el mes de junio, el Servicio de Salud hará entrega de su Mapa de derivación ⁴⁶ actual y de aquellas prestaciones que se derivan fuera de la Red Asistencial del Servicio de Salud tanto pública como privada. Este mapa se integrará al Diseño de la Red, desagregando según formato entregado, prestaciones por género y territorio.	
Medios de verificación	i. Mapa de derivación	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	X = 100,0%	100,0%
	X < 100,0%	0,0%

⁴³ A estas reuniones debe Asistir profesional asignado al territorio de la macro región.

⁴⁴ El plan será trabajado por el departamento de Gestión Territorial y la unidad de Salud mental de la Subsecretaría.

⁴⁵ El formato de este informe será enviado por los Gestores territoriales de la Red de cada macrorregión.

⁴⁶ El formato de este informe será enviado por los Gestores territoriales de la Red de cada macrorregión.



II Corte (julio - diciembre)		
Número acción	6	
Descripción acción	Al mes de diciembre del año 2023, el Servicio de Salud entregará dos diseños de redes macrorregionales para la Red de Salud LGTBIQA+ y una red de interés local en acuerdo a su macro región (o red de derivación más pertinente), según formato entregado por el equipo responsable de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. ⁴⁷	
Medios de verificación	Documento con diseño de redes macrorregionales de los siguientes temas: Red de Salud LGTBIQA+ y una red de interés local en acuerdo.	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	X = 100,0%	100,0%
	X < 100,0%	0,0%
Número acción	7	
Descripción acción	Al mes de diciembre del año 2023, cada Servicio de Salud enviará vía oficio a la Subsecretaría de Redes Asistenciales los documentos que oficialicen la mejora en la gobernanza de la meso gestión en salud mental, con dependencia técnica de la Subdirección de Gestión Asistencial.	
Medios de verificación	Oficio enviado a Subsecretaría de Redes Asistenciales	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	X = 100,0%	100,0%
	X < 100,0%	0,0%

Nombre del indicador	14.2 Conformación Comité de Protección de niñas, niños y adolescentes (NNA)
Fórmula de cálculo	Existencia de medios de verificación de conformación de comité NNA en establecimientos de la red y Envío de ordinario del Director/a del Servicio de Salud nombrando al profesional encargado de implementar estrategias de protección de NNA en su Red.
Fuente de datos	<ul style="list-style-type: none"> - Resolución Exenta emitida desde departamento y/o divisiones jurídicas de establecimientos de atención secundario - terciario de la Red y actas de casos revisados. - Designación de profesional (emitido por ordinario del Director/a SS) encargado de implementación de Estrategias de Protección en NNA.

I Corte (enero - junio)		
Número acción	1	
Descripción acción	Demostrar la Conformación de comité <ul style="list-style-type: none"> - Resolución de conformación de comité de NNA por establecimiento que explicita los participantes (según solicitado en marco referencial) - Ordinario emitido desde el Director/a del Servicio de Salud nombrando al profesional encargado de implementar estrategias de protección de NNA en su Red. 	
Medios de verificación	i. Resolución Exenta emitida por cada establecimiento de atención cerrada y abierta de la red, y enviada por Referente del SS. ii. Ordinario con nombramiento de referente del Servicio de Salud.	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	X = 100,0%	100,0%
	X < 100,0%	0,0%

II Corte (julio - diciembre)		
Número acción	2	
Descripción acción	Inicio de actividades del comité de NNA	

⁴⁷ Los profesionales Gestores territoriales de cada Macro Red, del Departamento de Gestión Territorial de DIGERA acompañarán y guiarán el proceso de Diseño de las Macro Redes.



Medios de verificación	Hito 1 periodo de julio a septiembre 2023: <u>Acta enviada por el Referente del Servicio de Salud a más tardar el 20 de octubre 2023</u> , con el número total de casos evaluados mensualmente por cada uno de los comités pertenecientes a los establecimientos de su red. (mínimo esperado por comité: 1 paciente de atención abierta y/o cerrada evaluado por semana).	
	Hito 2 periodo de septiembre a diciembre 2023: Se espera el aumento progresivo de casos evaluados por semana por cada comité. Verificable: Acta enviada por el Referente del Servicio de Salud con el número total de casos evaluados mensualmente (periodo septiembre-diciembre) por cada comité.	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido (septiembre -diciembre)	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	Casos evaluados al mes por comité ≥ 6	100,0%
	$4 \geq$ casos evaluados al mes por comité < 6	75,0%
	$2 \geq$ casos evaluados al mes por comité < 4	50,0%
	$1 \geq$ casos evaluados al mes por comité < 2	25,0%
	casos evaluados al mes por comité < 1	0,0%

Nota: Las directrices para la conformación de los Comité será oficializado a través de documento formal por parte de la División de Gestión de Redes Asistenciales.

Nombre del indicador	14.3 Nuevos problemas de salud LRS incorporados en la red del Servicio de Salud
Fórmula de cálculo	Postulación completa de al menos 2 problemas de salud LRS que den cumplimiento a la norma N°207 de incorporación de nuevos prestadores LRS.
Fuente de datos	i. Oficios del Servicio de Salud de solicitud de incorporación de problemas de salud LRS que dé cumplimiento a norma N°207 de Incorporación de nuevos prestadores LRS.

I Corte (enero - junio)		
Número acción	1	
Descripción acción	Lograr la meta semestral de postular al menos 1 nuevo problema de salud de LRS en la red asistencial del SS.	
Medios de verificación	i. Oficio de Solicitud de incorporación de nuevos prestadores de LRS que dé cumplimiento a norma n° 207 de Incorporación de nuevos prestadores LRS.	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	X postula ≥ 1 problema de salud	100,0%
	X postula < 1 problema de salud	0,0%

I Corte (julio - diciembre)		
Número acción	2	
Descripción acción	Lograr la meta semestral de incorporar al menos 1 problema de salud de LRS en la red asistencial del SS.	
Medios de verificación	i. Oficio de Solicitud de incorporación de nuevos prestadores de LRS que dé cumplimiento a norma N°207 de Incorporación de nuevos prestadores LRS.	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	Postula ≥ 1 problema de salud	100,0%
	X postula < 1 problema de salud	0,0%



8. Consideraciones Técnicas

14.2 Conformación Comité de Protección de niñas, niños y adolescentes (NNA)

Recomendaciones para elaborar el reglamento interno del Comité de NNA

Objetivo General: Asesorar a los equipos clínicos tratantes sobre abordaje de casos de NNA en riesgo o víctimas de vulneración de derechos, mediante el análisis de casos por un equipo interdisciplinario que entregue los lineamientos de acción para el manejo en el ámbito de la vulneración.

Horario de Sesiones: Para garantizar el correcto funcionamiento del comité y en pro de un inicio que garantice la adherencia y efectividad de este, su duración deberá ser entre **2-4 horas**. Este tiempo se utilizará para la revisión de los antecedentes, discusión del caso y redacción del acta del comité.

Estructura del comité: El comité debe contar con un coordinador/a y secretaria del comité.

- Coordinador/a del comité: Estará encargado/a de las acciones relacionadas con la recepción de los antecedentes y el envío del caso a los participantes del comité. La modalidad de las sesiones podrá ser presencial y/o telemático según se estime pertinente. En el caso de las sesiones telemáticas, deberá utilizarse como enlace principal una cuenta institucional.
- Secretario del comité: Será el encargado/a de la toma de apuntes y redacción del acta de comité después y durante cada sesión. El formato del acta de comité será siempre en versión PDF y se enviará al médico tratante para que este, la incluya en la ficha clínica y/o registro clínico electrónico.



Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile



COMPROMISO DE GESTIÓN N°15
SALUD DIGITAL Y SISTEMAS DE
REGISTRO CLÍNICOS ELECTRÓNICOS EN
SALUD



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

1. Objetivo General

Mejorar el acceso y resolutivez de la red asistencial mediante la optimización de la gestión y cumplimiento de la programación de horas de atención de profesionales de la salud, con énfasis en la coordinación de los niveles, además potenciar los Tele Informes para pesquisa precoz de Cáncer de Mama, disponibles a través de Hospital Digital, lo anterior para satisfacer la demanda asistencial en las especialidades. Además, robustecer la estrategia SIDRA por medio de la gestión de proyectos, la implementación y uso de los sistemas de registro clínico electrónico (RCE), impulsado a través de los equipos de trabajo interdisciplinarios conformados en cada red de Servicios de Salud, lo que otorgará continuidad a la operación, explotación de datos e integración de sistemas otorgando respuesta a la oportunidad de contar con una historia clínica compartida a nivel nacional.

2. Objetivos Específicos

- Facilitar el acceso a los médicos de la Atención Primaria mediante plataformas y profesionales de Hospital Digital, para realizar consultas a médicos especialistas a través de la Telemedicina.
- Apoyar a través del Tele Informe de Mamografía, en el diagnóstico precoz y oportuno del Cáncer de Mama.
- Potenciar los mecanismos de coordinación y gestión de las redes asistenciales, con optimización de la oferta de horas de profesionales contratadas por Hospital Digital.
- Cumplir las actividades programadas en atención primaria (producción anual), a través de un proceso programático, que responda a la demanda de atención de especialistas.
- Optimizar el acceso a la atención de especialidad, a través de recursos, oferta de especialistas y profesionales de la salud desde Hospital Digital.
- Generar mecanismos de monitoreo para el cumplimiento de la programación y acciones para dar solución a la brecha de atención de especialidad y profesionales de la salud, en los niveles primario, secundario y terciario.
- Implementar mecanismos de control de gestión enfocados en el cumplimiento de la programación a Salud Digital, los que otorguen acciones correctivas en relación con el proceso de programación y ejecución de ésta.
- Generar análisis de la gestión de la oferta y demanda, para la programación de atención dirigida a Salud Digital.
- Contar con equipos de trabajo interdisciplinarios a cargo de la estrategia SIDRA, integrados por profesionales de distintas áreas de gestión (Clínica, administrativa, gestión de la información, estadística y TIC).
- Confeccionar un plan de implementación, que aborde los lineamientos entregados por la Estrategia SIDRA



para el periodo.

- Avanzar en el proceso de implementación y uso de los sistemas de RCE en los establecimientos de salud del país.
- Lograr la interoperabilidad de sistemas clínicos de la red, asegurando que la información de los pacientes pueda ser accedida desde un único punto.
- Establecer procesos de validación de datos, asegurando la completitud y calidad de los registros.

3. Marco Referencial

La Salud Digital es reconocida por la OMS como un aporte a los sistemas tradicionales, y como una oportunidad para desarrollar la salud pública. Tecnologías como la asistencia virtual, la supervisión a distancia, la inteligencia artificial, los dispositivos inteligentes, las plataformas, las herramientas que permiten captar e intercambiar datos e información, pueden mejorar los resultados sanitarios al mejorar los diagnósticos, las decisiones terapéuticas y el autocuidado, además de ampliar los conocimientos basados en evidencia, aptitudes y competencias de los profesionales para prestar servicios de salud. La salud digital debe formar parte de las prioridades de salud y beneficiar a las personas de una manera ética, segura, fiable, equitativa y sostenible⁴⁸.

El Programa Hospital Digital, perteneciente al Departamento de Salud Digital, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, se inserta en una lógica de modelo de Redes Integradas de los Servicios de Salud (RISS), el que se condice con el planteamiento de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)⁴⁹, que plantea que el uso de Tecnologías de la Información (TICs), facilita “la provisión de servicios a distancia desde el ámbito de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, centrado en la persona a nivel local, en su contexto sociocultural y, a lo largo de todo el curso de su vida”⁵⁰. Siendo la Telemedicina uno de los pilares de esta estrategia, la cual es entendida como una “prestación de servicios de atención de la salud que compete a todos los profesionales de la salud y que tiene lugar mediante la utilización de las tecnologías de la información y las comunicaciones para el intercambio de información con fines de diagnóstico, terapéutico, rehabilitación, cuidados del fin de la vida, prevención de enfermedades y lesiones, investigación y evaluación, y las comunidades”.

En base a lo anteriormente mencionado, Hospital Digital desarrolla e implementa un modelo que tiene por objeto poner en marcha y operar soluciones de medicina digital a distancia, para proveer un acceso oportuno y de calidad en atenciones de salud, aumentando las coberturas horarias de atención, contribuyendo a la reducción de listas de espera y mejorando los niveles de resolutivez de la Atención Primaria de Salud (Res Ex N°347, 2019).

La Estrategia Nacional en Salud establece en el ámbito de Información en Salud que, para alcanzar los objetivos estratégicos definidos por el Ministerio de Salud, se requiere de sistemas de información que permitan contar con datos de calidad, entregados de manera oportuna para la gestión y toma de decisiones en los diferentes

⁴⁸Estrategia Nacional de Salud 2021-2030 para los Objetivos Sanitarios 2030, Ministerio de Salud, 2022.

⁴⁹Redes Integradas de Servicios de Salud Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas, 2010. Disponible en: <http://www.paho.org>

⁵⁰ Ministerio de Salud (2019). Manual Organizacional Departamento de Salud Digital año 2019.



niveles de gestión del sector, desde los establecimientos de salud, Servicios de Salud, Secretarías Regionales y autoridades de nivel central. En este contexto, el Ministerio de Salud ha establecido que los establecimientos públicos de salud del país cuenten con un sistema de registro clínico electrónico para la gestión de información de pacientes, sus atenciones y resultados.

Para lograr lo anterior, los Servicios de Salud deben resguardar la implementación y el uso del registro clínico electrónico en la red asistencial, velando por la calidad en los procesos de: instalación, capacitación, gestión del cambio, puesta en marcha, validación de registros y uso de la información de los sistemas implementados en cada establecimiento. Para esto, se debe robustecer la conformación del Equipo SIDRA, el cual debe estar integrado por profesionales de las áreas de gestión clínica y administrativa, gestión de información, estadística y tecnologías de la información.

En esta etapa de la Estrategia SIDRA, se debe garantizar el avance de nuevas implementaciones, la continuidad operacional e interoperabilidad de los sistemas de información, con el fin de contar con información oportuna y de calidad para la toma de decisiones.

4. Definiciones y Terminología

- **Hospital Digital:** Es un programa gubernamental que desarrolla e implementa un modelo de atención en salud, centrado en la persona, y que aprovecha el potencial de las tecnologías para acercar la atención de salud a la población, instalando una alternativa al modelo tradicional (basado en una red de establecimientos físicos y con restricción de horarios).
- **Tele informes de mamografía:** Corresponde al informe radiológico a distancia para una mamografía que un especialista realiza en base a los datos e imágenes enviadas desde mamógrafos digitales implementados en el establecimiento de origen y conectados a Hospital Digital. Este puede ser a través de un equipo fijo o móvil.
- **Tele Interconsulta asincrónica:** se refiere a una atención asincrónica, que se realiza entre profesionales de la salud, en la que el paciente no se encuentra presente en el momento del intercambio de información. Los antecedentes de la persona consultante los entrega un miembro del equipo de salud, quien, luego de analizar datos del paciente, requiere generar o contrastar diagnósticos y decisiones terapéuticas con otro profesional (por ejemplo, un especialista). Destacando que el sujeto de intervención es la persona que tiene el problema de salud, aun cuando no esté presente en el evento y el objetivo de la atención es el diagnóstico y plan de tratamiento.
- **RCE:** Registro Clínico Electrónico.
- **TIC:** Tecnología de la Información y Comunicaciones.
- **SS:** Servicio de Salud.
- **REM:** Resúmenes Estadísticos Mensuales.

5. Nombres de Indicadores

15.1 Porcentaje de derivaciones para tele informes de mamografía y tele interconsultas a las células de especialidades de dermatología, diabetes, nefrología, geriatría y patología oral de Hospital Digital en el período.



15.2 Porcentaje de cierres de casos a las tele interconsultas resueltas por las células de especialidad de dermatología, diabetes, nefrología, geriatría y patología oral, en la plataforma de Hospital Digital, realizados antes de 30 días desde su respuesta.

15.3 Porcentaje de procesos clínicos que cumplen con la evaluación de concordancia entre las atenciones médicas de los procesos priorizados (atención abierta, cerrada y urgencia), informados a través de los registros clínicos (SIDRA), y las atenciones médicas informadas en el periodo, a través de los REM enviados por los Servicios de Salud al DEIS.

6. Metas Nacionales año 2023

- Alcanzar el **100,0%** de cumplimiento para las metas en cada Servicio de Salud, en la célula de tele informes de mamografía y de especialidad de las células de Dermatología, Diabetes, Nefrología, Geriatría y Patología Oral de Hospital Digital.
- Realizar al menos el **75,0%** de cumplimiento en los cierres de casos a las tele interconsultas resueltas a través de la plataforma de Hospital Digital en cada Servicio de Salud.
- Alcanzar un **95,0%** de concordancia de los procesos clínicos de las atenciones priorizadas (atención abierta, cerrada y urgencia) informadas a través de los registros clínicos (SIDRA) y las atenciones informadas en el periodo a través de los REM enviados por los Servicios de Salud al DEIS.

7. Ficha General de Indicadores

Nombre del indicador	15.1 Porcentaje de derivaciones para tele informes de mamografía y tele interconsultas a las células de especialidades de dermatología, diabetes, nefrología, geriatría y patología oral de Hospital Digital en el período.
Fórmula de cálculo	(Número de solicitudes de tele informes de mamografía y tele interconsultas enviadas a las células de especialidades de Dermatología, Diabetes, Nefrología, Geriatría y Patología Oral de Hospital Digital por cada Servicio de Salud, en el período / Número de tele informes de mamografía y tele interconsultas a las células de especialidades de Dermatología, Diabetes, Nefrología, Geriatría y Patología Oral de Hospital Digital definidas para cada Servicio de Salud, en el período) x 100.
Fuente de datos	Sistema de Registro de Hospital Digital.

I Corte (enero - junio)		
Número acción	1	
Descripción acción	Alcanzar el 40,0% de la meta anual de tele informes de mamografía en el Servicio de Salud, según la oferta de mamógrafos fijos y móviles , en el período.	
Medios de verificación	i. Sistema de Registro de Hospital Digital.	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	$X \geq 40,0\%$	100,0%
	$30,0\% \leq X < 40,0\%$	75,0%
	$20,0\% \leq X < 30,0\%$	50,0%
	$10,0\% \leq X < 20,0\%$	25,0%
	$X < 10,0\%$	0,0%
Número acción	2	
Descripción acción	Alcanzar el 40,0% de la meta anual de tele interconsultas a las Células de Dermatología, Diabetes, Nefrología, Geriatría, Patología Oral de Hospital Digital y/o a través de la plataforma	



	de telemedicina dispuesta por Hospital Digital, en el periodo, según la oferta disponible en cada Servicio de Salud.	
Medios de verificación	i. Sistema de Registro de Hospital Digital.	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	$X \geq 40,0\%$	100,0%
	$30,0\% \leq X < 40,0\%$	75,0%
	$20,0\% \leq X < 30,0\%$	50,0%
	$10,0\% \leq X < 20,0\%$	25,0%
	$X < 10,0\%$	0,0%

II Corte (enero - diciembre)		
Número acción	3	
Descripción acción	Alcanzar el 100,0% de la meta anual de tele informes de mamografía de Hospital Digital en el Servicio de Salud, según la oferta de mamógrafos fijos y móviles, en el período.	
Medios de verificación	i. Sistema de Registro de Hospital Digital.	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	$X \geq 100,0\%$	100,0%
	$80,0\% \leq X < 100,0\%$	75,0%
	$65,0\% \leq X < 80,0\%$	50,0%
	$40,0\% \leq X < 65,0\%$	25,0%
	$X < 40,0\%$	0,0%
Número acción	4	
Descripción acción	Alcanzar el 100,0% de la meta anual de tele interconsultas a las Células de Dermatología, Diabetes, Nefrología, Geriatría, Patología Oral de Hospital Digital y/o a través de la plataforma de Telemedicina dispuesta por Hospital Digital, en el periodo, según la oferta disponible en cada Servicio de Salud.	
Medios de verificación	i. Sistema de Registro de Hospital Digital.	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	$X \geq 100,0\%$	100,0%
	$80,0\% \leq X < 100,0\%$	75,0%
	$65,0\% \leq X < 80,0\%$	50,0%
	$40,0\% \leq X < 65,0\%$	25,0%
	$X < 40,0\%$	0,0%

Nombre del Indicador	15.2 Porcentaje de cierres de casos a las tele interconsultas resueltas por las células de especialidad de dermatología, diabetes, nefrología, geriatría y patología oral, en la plataforma de Hospital Digital, realizados antes de 30 días desde su respuesta.
Fórmula de Cálculo	$(N^{\circ} \text{ de cierres de casos realizados antes de 30 días, desde la respuesta del especialista en la plataforma de tele interconsultas de Hospital Digital, en el periodo } t / N^{\circ} \text{ total de casos respondidos por especialistas, en la plataforma de Hospital Digital, en el periodo } t) \times 100$
Fuente de Datos	Sistema de Registro de Hospital Digital.

I Corte (enero - junio)		
Número acción	1	
Descripción acción	Realizar al menos el 75,0% del cierre de casos en la plataforma de Hospital Digital, por Servicio de Salud, en el período de enero a junio de 2023.	
Medios de verificación	i. Sistema de Registro de Hospital Digital.	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	$X \geq 75,0\%$	100,0%
	$65,0\% \leq X < 75,0\%$	75,0%



	$55,0\% \leq X < 65,0\%$	50,0%
	$45,0\% \leq X < 55,0\%$	25,0%
	$X < 45,0\%$	0,0%

II Corte (julio - diciembre)		
Número acción	2	
Descripción acción	Realizar al menos el 75,0% del cierre de casos en la plataforma de Hospital Digital, por Servicio de Salud, en el período de julio a diciembre de 2023.	
Medios de verificación	i. Sistema de Registro de Hospital Digital.	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	$X \geq 75,0\%$	100,0%
	$65,0\% \leq X < 75,0\%$	75,0%
	$55,0\% \leq X < 65,0\%$	50,0%
	$45,0\% \leq X < 55,0\%$	25,0%
	$X < 45,0\%$	0,0%

Nombre del Indicador	15.3 Porcentaje de procesos clínicos que cumplen con la evaluación de concordancia entre las atenciones médicas de los procesos priorizados (atención abierta, cerrada y urgencia), informadas a través de los registros clínicos (SIDRA), y las atenciones médicas informadas en el periodo a través de los REM enviados por los Servicios de Salud al DEIS.
Fórmula de Cálculo	Fórmula para evaluar cumplimiento del CG por el Servicio de Salud: (Total de procesos clínicos que cumplen umbral del $\geq 95,0\%$ de concordancia en el periodo t / Total de procesos clínicos evaluados en el periodo t) X 100
Fuente de Datos	Archivo de texto plano con información de los registros individualizados de los procesos priorizados. REM enviado por los SS y provistos por DEIS para análisis.

I Corte (enero - junio)		
Número acción	1	
Descripción acción	Alcanzar el 95,0% de concordancia de los procesos clínicos de las atenciones registradas en los sistemas de información de registro clínico SIDRA y las atenciones informadas a través de REM.	
Medios de verificación	i. Archivo de texto plano con información de los registros individualizados de los procesos priorizados. ii. REM enviado por los SS y provistos por DEIS para análisis.	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	$X \geq 95,0\%$	100,0%
	$90,0\% \leq X < 95,0\%$	75,0%
	$85,0\% \leq X < 90,0\%$	50,0%
	$80,0\% \leq X < 85,0\%$	25,0%
	$X < 80,0\%$	0,0%

II Corte (enero - diciembre)		
Número acción	2	
Descripción acción	Alcanzar el 95,0% de concordancia de los procesos clínicos de las atenciones registradas en los sistemas de información de registro clínico SIDRA y las atenciones informadas a través de REM.	
Medios de verificación	i. Archivo de texto plano con información de los registros individualizados de los procesos priorizados. ii. REM enviado por los SS y provistos por DEIS para análisis.	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	$X \geq 95,0\%$	100,0%



	$90,0\% \leq X < 95,0\%$	75,0%
	$85,0\% \leq X < 90,0\%$	50,0%
	$80,0\% \leq X < 85,0\%$	25,0%
	$X < 80,0\%$	0,0%

8. Consideraciones Técnicas

15.1 Porcentaje de derivaciones para Tele Informes de mamografía y Tele Interconsultas a las Células de Especialidades de Dermatología, Diabetes, Nefrología, Geriátría y Patología Oral de Hospital Digital en el período.

- Las metas de ejecución anual y por corte, por Servicio de Salud, para cada Célula de Hospital Digital evaluadas en este indicador, se encuentran en los anexos.
- Para el cálculo del numerador del indicador, la información se extrae del Sistema Automatizado de Registro del Departamento de Salud Digital.
- Para la definición de la meta de mamógrafos móviles se considerará la programación a través de un documento por planilla de cálculo, compartido por el Departamento de Salud Digital, la cual debe ser enviada vía correo electrónico por los Servicios de Salud a jorge.neirao@minsal.cl, dentro del mes de febrero 2023. Dicha Programación debe ser validada posteriormente por el Dpto. Salud Digital, MINSAL.

15.2 Porcentaje de cierres de casos a las Tele Interconsultas resueltas por las Células de Especialidad de Dermatología, Diabetes, Nefrología, Geriátría y Patología Oral, en la plataforma de Hospital Digital, realizados antes de 30 días desde su respuesta.

- Para la definición de la meta se considera la situación basal observada en cada Servicio de Salud de acuerdo con los cierres realizados a los formularios de tratante de la plataforma de Hospital Digital, al cierre de año 2022.
- Las metas de ejecución por corte, aplican a las especialidades de Dermatología, Diabetes, Nefrología, Geriátría y Patología Oral implementadas en cada Servicio Salud.
- Para el cálculo del numerador y denominador del indicador, la información se extrae del Sistema Automatizado de Registro del Departamento de Salud Digital. Para el numerador, se considera el total de Tele Interconsultas asincrónicas respondidas por los especialistas institucionales y prestadores de Hospital Digital, en los casos que presentan cierres de formulario del tratante en plataforma, antes de los 30 días desde la respuesta del especialista. Mientras que, para el cálculo del denominador, se considera el total de Tele Interconsultas asincrónicas solicitadas en el periodo evaluado.

15.3 Porcentaje de procesos clínicos que cumplen con la evaluación de concordancia entre las atenciones médica de los procesos priorizados (atención abierta, cerrada y urgencia), informadas a través de los registros clínicos (SIDRA), y las atenciones médicas informadas en el periodo a través de los REM enviados por los Servicios de Salud al DEIS.

- La medición será de acuerdo con los siguientes periodos: Enero - Junio y Enero - Diciembre (acumulativo).



- 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 2022.
- 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.
- La 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) X 100.



Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile



CENTRO DE SALUD FAMILIAR
CHARITO URZÚA CATALÁN

MOLINA

COMPROMISO DE GESTIÓN N°16
**PLAN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN LA
ATENCIÓN**



Ámbito RISS:	Organización y Gestión.
Atributo:	Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico.

1. Objetivo General

Fortalecer continuamente la cultura y gestión organizacional orientada a la calidad y seguridad de los pacientes en establecimientos de atención primaria y establecimientos hospitalarios.

2. Objetivos Específicos

- Implementar planes de trabajo en materia de calidad y seguridad de la atención a nivel de las direcciones de Salud Municipal y/o corporaciones, y a nivel de los Servicios de Salud con APS.
- Mantener y mejorar el cumplimiento de las normas de seguridad del paciente en los establecimientos de Salud de Atención Cerrada, mediante la supervisión de su implementación por parte de los Servicios de Salud.
- Fortalecer el conocimiento en prevención y contención de las IAAS de las y los profesionales con actividad asistencial que trabajan en servicios de urgencia de Atención Primaria (SAPU, SAR y SUR) mediante su capacitación en precauciones estándares.

3. Marco Referencial

En el marco de la constitución política de la República de Chile, la garantía de calidad ha sido una política pública efectiva que ha avanzado en la implementación de estrategias que han permitido contribuir en la calidad y seguridad de la atención en la línea de lo dispuesto en el artículo 14 del Decreto de Garantía Explícitas en Salud (GES), por lo que resulta pertinente mantener, fortalecer y avanzar en la continuidad de la gestión de calidad de la red pública de salud. Por lo anterior, es preciso que las autoridades locales, quienes tienen la atribución y responsabilidad de dirigir este tema, deban fortalecer el trabajo de los profesionales de Calidad e IAAS de los Establecimientos, Departamento Municipales y/o Corporaciones de Salud y Servicio de Salud.

Como antecedentes, la Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria y Gestión, en su artículo 4° numerales 11 al 14 establece los roles del Estado relacionados con la acreditación de prestadores en salud y, la Ley 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, en su artículo 4° establece el derecho a que, en el marco de la atención de salud, los miembros del equipo de salud y los prestadores institucionales cumplan las normas vigentes en el país, y con los protocolos establecidos, en materia de seguridad del paciente y calidad de la atención de salud, referentes a materias tales como infecciones intrahospitalarias, entre otros eventos adversos evitables según las prácticas comúnmente aceptadas.

Con relación a IAAS, en Chile el programa nacional de Control de Infecciones Asociadas a la Atención en salud se inicia en 1981 con actividades en todos los establecimientos hospitalarios con numerosas actividades destinadas a que el nivel local diagnostique la situación local de infecciones y actúe para prevenirlas oportunamente con medidas eficientes, basadas en evidencia.



En la actualidad, el programa se caracteriza por la implementación de cinco estrategias simultáneas, a saber (1) formación y capacitación continua del personal de salud en IAAS, (2) vigilancia epidemiológica, regulación basada en evidencia de prácticas de riesgo y prevención de IAAS y (4) evaluación externa periódica de los hospitales. Estas apoyan la estrategia central que es (5) la incorporación y fortalecimiento de competencias de equipos locales de prevención y control de IAAS para realizar las acciones locales de control de IAAS para problemas locales, conformados por personal suficiente en cantidad y competencias (MINSAL 1989, 2011).

La existencia de programas locales de IAAS ha demostrado ser eficaz en la reducción de las infecciones de todos los tipos (entre 52% y 82% de reducción según el tipo de infección) (MINSAL, informes anuales de la vigilancia de IAAS), además de ser costo efectivo con una relación beneficio costo calculada de 25,3:1,0 y liberación de cerca de 406.500 días cama en 15 años por concepto de infecciones prevenidas (Orsini, 2017). Con relación a los equipos locales han sido permanentemente capacitados para su función. Estos tienen a cargo la conducción y evaluación del personal clínico que debe cumplir las medidas de prevención y control de las IAAS.

Con relación a las normas sobre seguridad del paciente y calidad de la atención², el Dpto. de Calidad y Seguridad de la Atención del Ministerio de Salud además de su rol normativo, es responsable de la monitorización del cumplimiento de estableciendo como estrategia el seguimiento del reporte de mediciones de los indicadores asociados a dichas Normas por parte de los hospitales públicos pertenecientes al Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) a través del SICARS⁵¹, así como la observancia de sus resultados que determinan el nivel de adherencia a la práctica clínica normada, con la finalidad de reconocer oportunamente potenciales desvíos en el proceso y que pongan en riesgo la seguridad de los pacientes según la práctica clínica involucrada.

En este contexto la implementación de protocolos asociados a prácticas seguras estandarizadas y basadas en directrices ministeriales, la medición de los indicadores que resulten de su aplicación así como su respectivo reporte, monitoreo, análisis e intervención (plan de mejora) frente a brechas respecto de metas establecidas, así como el reporte ante otras instancias reguladoras del control sanitario, constituyen obligatoriedad para los Establecimientos de atención cerrada y como tal deben incorporarse al Programa de trabajo que sustenta la Gestión de calidad y seguridad asistencial institucional.

Por último, respecto a la implementación de planes de trabajo a nivel de las Direcciones de Salud Municipal una estrategia que permitirá impulsar y promover a nivel operativo, la implementación y fortalecimiento de una cultura de seguridad a través de la gestión de calidad, basado en la mejora continua de los procesos, como ejes centrales para otorgar atenciones seguras y de calidad a las personas usuarias.

4. Definiciones y Terminología

Implementación de un plan de trabajo de calidad y seguridad asistencial a nivel de la Dirección de salud Municipal y/o corporaciones, Servicios de Salud APS dependiente: se refiere a un conjunto ordenado de actividades a realizar que deberán ser comunicadas al Servicio de salud correspondiente, incorporando al

⁵¹ Sistema de información de calidad de atención y resultados sanitarios (www.sicars.minsal.cl)

² Normas de seguridad de la atención, <https://www.minsal.cl/calidad-y-seguridad-del-paciente>



menos los siguientes requisitos:

- Designación de responsable(s) de la gestión de calidad y seguridad de la atención en las Direcciones de Salud Municipal y/o Corporaciones a través de Decreto Alcaldicio, indicando funciones definidas y horas necesarias para el cumplimiento de éstas, y a nivel de los Servicios de Salud con APS dependiente a través de una resolución.
- Elaboración de una Política de calidad institucional Comunal: considerando que la Política es la declaración formal de principios generales, debe otorgar consistencia y coherencia a la toma de decisiones de seguridad y calidad, dando un marco orientador a las gestiones de todas las unidades que componen la organización.
- Identificación del estado de vigencia de autorización sanitaria y/o demostración sanitaria con plan de trabajo para cierre de brechas (se solicitará mediante formato digital).
- Elaboración o actualización de un diagnóstico del estado de preparación de cada establecimiento de APS de su red comunal para proceso de acreditación (ver tabla N°2, Punto 8 Consideraciones Técnicas).
- Elaboración o actualización de un diagnóstico de estado de formación y capacitación continua en temas relacionados con seguridad y calidad, según perfil de los profesionales y de los funcionarios.
- Implementación de sistemas de soporte para desarrollar gestión documental y monitorización de indicadores.
- Implementación de sistemas de vigilancia de eventos adversos asociados a la atención e implementación de la notificación de acuerdo con la normativa vigente.
- Informe de evaluación final con identificación de cumplimiento de las actividades ejecutadas, identificación de brechas y propuesta de corrección (se solicitará mediante formato digital).

Planificación anual de actividades para establecimientos de atención cerrada: Se espera que el Servicio de Salud planifique las actividades que realizará durante el año en relación con la evaluación del cumplimiento de Normas de Seguridad, incorporando al menos los siguientes requisitos:

- Monitoreo y evaluación del cumplimiento de las Normas sobre Seguridad del Paciente y Calidad de la Atención en los establecimientos de atención cerrada de su Red (formato sugerido del desarrollo de la actividad, ver Anexo 2). Esta evaluación se debe realizar en terreno resguardando realizar al menos 1 visita al año por establecimiento.

Profesionales con actividad asistencial que trabajan en Servicios de Urgencia o dispositivos de urgencia de Atención Primaria: se refiere a profesionales, independiente de su modalidad contractual, que se ha desempeñado o se desempeña en un Servicio o dispositivo de urgencia de Atención Primaria (SAPU, SUR, SAR), identificado mediante el levantamiento de información realizado con la metodología indicada en el anexo.

Capacitación vigente en Precauciones Estándares: capacitación cursada y aprobada en un plazo \leq 5 años que cumplan los siguientes requisitos:

- Duración \geq 27 horas pedagógicas totales.
- Mecanismo de evaluación con nota y certificación por un organismo autorizado para dicho fin (Servicio de Salud, Sociedad Científica, Universidad, OTEC, otras).
- Modalidad de capacitación presencial o en línea.
- Incluye los siguientes contenidos mínimos: técnica aséptica, higiene de manos, uso de equipos de protección personal, prevención de lesiones cortopunzantes, inyecciones seguras esterilización y desinfección.



- Los contenidos mínimos pueden ser entregados en una o más actividades de capacitación. Para considerar que el requisito está cumplido, al momento de la evaluación todos los contenidos deben tener menos de cinco años desde impartidos y la suma de la capacitación certificada debe ser ≥ 27 horas pedagógicas.

5. Nombres de indicadores

16.1 Porcentaje de actividades mínimas del plan de trabajo en materia de calidad y seguridad asistencial ejecutada por las comunas a través de las direcciones de salud municipal y/o corporaciones, y establecimientos APS dependientes de Servicios de Salud.

16.2 Porcentaje de cumplimiento del monitoreo de la implementación de las normas de seguridad y calidad de la atención en establecimientos de atención cerrada.

16.3 Porcentaje de profesionales con actividad asistencial que trabajan en servicios de urgencia o dispositivos de urgencia de atención primaria (SAPU, SAR y SUR) con capacitación vigente en precauciones estándares.

6. Metas Nacionales Año 2023

- Ejecutar el 100% de las actividades mínimas exigidas en el plan de trabajo en materia de calidad y seguridad asistencial por parte de las Direcciones de Salud Municipal y/o corporaciones y establecimientos APS dependientes de SS.
- Lograr que el 100% de los Servicios de Salud realicen las actividades planificadas para el año en relación con el monitoreo de la implementación de Normas de Calidad y Seguridad del Paciente en atención cerrada.
- $\geq 75\%$ de los profesionales con actividad asistencial que trabajan en Servicios de Urgencia o dispositivos de urgencia de Atención Primaria con capacitación vigente en precauciones estándares.

7. Ficha General de Indicadores

Nombre del indicador	16.1 Porcentaje de actividades mínimas del plan de trabajo en materia de calidad y seguridad asistencial ejecutada por las comunas a través de las direcciones de salud municipal y/o corporaciones, y establecimientos APS dependientes de Servicios de Salud.
Fórmula de cálculo	(Número de actividades ejecutadas del plan de trabajo de calidad y seguridad asistencial de las Direcciones de Salud Municipal y/o Corporaciones, y de los establecimientos APS dependientes correspondientes a su Servicio de Salud / Total de actividades planificadas (definidas en este COMGES), de cada comuna con su Dirección de Salud Municipal y/o corporaciones, y de sus establecimientos APS dependientes correspondientes a su Servicio de Salud) x 100.
Fuente de datos	Cada Servicio de Salud debe resguardar la existencia de los siguientes documentos por comuna: <ul style="list-style-type: none"> – Plan de trabajo calidad y seguridad asistencial que contenga los requisitos y acciones mínimas solicitadas en el punto 4 (se solicitará mediante formato digital).

I Corte (enero - junio)			
Número acción	1		
Descripción acción	Alcanzar el 50,0% de ejecución de las actividades mínimas solicitadas del plan de trabajo en calidad y seguridad asistencial de la comuna y APS dependiente de SS.		
Medios de verificación	i. Ingreso de información a formato digital de los requisitos ejecutados, los que deben ser supervisados por los Servicios de Salud.		
Cálculo del cumplimiento:	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Resultado Obtenido</td> <td style="width: 50%;">Porcentaje de Cumplimiento Asignado</td> </tr> </table>	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado		



	X ≥ 50,0%	100,0%
	X < 50,0%	0,0%

II Corte (enero - diciembre)		
Número acción	2	
Descripción acción	Alcanzar el 100,0% de ejecución de las actividades mínimas solicitadas del plan de trabajo en calidad y seguridad asistencial de la comuna y APS dependiente de SS.	
Medios de verificación	i. Ingreso de información a formato digital de los requisitos ejecutados, los que deben ser supervisados por los Servicios de Salud.	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	X = 100,0%	100,0%
	X < 100,0%	0,0%

Nombre del Indicador	16.2 Porcentaje de cumplimiento del monitoreo de la implementación de las normas de seguridad y calidad de la atención en establecimientos de atención cerrada.	
Fórmula de Cálculo	Número de establecimientos del SS que cumplen con la implementación de Normas de seguridad según requisitos mínimos* / (Total de Establecimientos de atención cerrada correspondientes al Servicio de Salud) x 100 *Requisitos mínimos, según Anexo 1	
Fuente de Datos	<p>-Planificación de visitas en terreno sobre la evaluación de la implementación de Normas de Seguridad que incluya calendarización, actividades implícitas de visitas y potenciales actividades de retroalimentación) autorizado por director(a) del Servicio de Salud mediante memo, correo electrónico u otro medio de verificación.</p> <p>-Informe de cumplimiento de las actividades y análisis de evaluación de la implementación de Normas de Seguridad en establecimientos de SS según planificación inicial,</p>	

I Corte (enero - junio)		
Número acción	1	
Descripción acción	100,0% de los requisitos solicitados en su planificación de actividades anual.	
Medios de verificación	i. Planificación de visitas en terreno sobre la evaluación de la implementación de Normas de Seguridad que incluya calendarización, actividades implícitas de visitas y potenciales actividades de retroalimentación) autorizado por director(a) del Servicio de Salud mediante memo, correo electrónico u otro medio de verificación.	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	X = 100,0%	100,0%
	X < 100,0%	0,0%

II Corte (enero - diciembre)		
Número acción	2	
Descripción acción	100,0% de los requisitos solicitados en su planificación de actividades anual.	
Medios de verificación	i. Informe de cumplimiento de las actividades y análisis de evaluación de la implementación de Normas de Seguridad en establecimientos de SS según planificación inicial.	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	X = 100,0%	100,0%
	X < 100,0%	0,0%

Nombre del Indicador	16.3 Porcentaje de profesionales con actividad asistencial que trabajan en servicios de urgencia o dispositivos de urgencia de atención primaria (SAPU, SAR y SUR) con capacitación vigente en precauciones estándares.	
----------------------	--	--



Fórmula de Cálculo	(Número de profesionales de Atención Primaria con actividad asistencial que trabajan Servicios de Urgencia o dispositivos de urgencia de Atención Primaria con capacitación vigente en precauciones estándares en el periodo / Número total de Profesionales de Servicios de Urgencia o dispositivos de urgencia de Atención Primaria identificados en el periodo) x 100.
Fuente de Datos	<ul style="list-style-type: none"> - Certificados de capacitación aprobada con resultados de la evaluación y duración en horas de ésta. - Listado de profesionales que realizan actividades asistenciales en servicios de urgencia de Atención Primaria. <p>Estas fuentes de datos deben estar disponibles a requerimiento del Servicio de Salud en las unidades de capacitación o equivalentes de los Deptos./Corporaciones de Salud.</p>

I Corte (enero - junio)		
Número acción	1	
Descripción acción	55,0% de profesionales con actividad asistencial en Servicios de Urgencia de Atención Primaria con capacitación vigente en precauciones estándares en el periodo.	
Medios de verificación	i. Hoja de cálculo (planilla Excel) con información consolidada cargada por los Servicios de Salud (referente de IAAS) en la carpeta compartida establecida por la Unidad de Gestión de la Información (ver anexo).	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	X ≥ 55,0%	100,0%
	X < 55,0%	0,0%

II Corte (enero - diciembre)		
Número acción	2	
Descripción acción	75,0% de profesionales con actividad asistencial en Servicios de Urgencia de Atención Primaria con capacitación vigente en precauciones estándares en el periodo.	
Medios de verificación	i. Hoja de cálculo (planilla Excel) con información consolidada cargada por los Servicios de Salud (referente de IAAS) en la carpeta compartida establecida por la Unidad de Gestión de la Información (ver anexo).	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	X ≥ 75,0%	100,0%
	X < 75,0%	0,0%

8. Consideraciones Técnicas

16.1 Porcentaje de actividades mínimas solicitadas en el plan de trabajo en calidad y seguridad asistencial realizado por las comunas a través de las Direcciones de Salud Municipal y/o corporaciones.

Tabla N°1 Verificables de actividades mínimas del plan de trabajo en calidad y seguridad asistencial.

Requisito	Medio verificable
Designación de responsable(s) de la gestión de calidad y seguridad de la atención en las Direcciones de Salud Municipal y/o Corporaciones. Y en las APS dependiente SS.	-Decreto Alcaldicio por comuna, indicando funciones definidas y horas necesarias para el cumplimiento de éstas. -Resolución en establecimientos dependientes del Servicio de Salud.
Elaboración de una Política de calidad institucional Comunal.	Resolución explicitando la política de Calidad.
Identificación del estado de vigencia de autorización sanitaria y/o demostración sanitaria con plan de trabajo para cierre de brechas.	Nº Resolución de instalación y Funcionamiento. Mencionar el estado vigente y/o en trámite y/o no vigente.
Elaboración o actualización de un diagnóstico del estado de preparación de cada establecimiento de APS de su red comunal para proceso de acreditación	Indicar en formato digital de acuerdo con lo señalado al cumplimiento en el cuadro N°2.



Elaboración o actualización de un diagnóstico de estado de formación y capacitación continua en temas relacionados con seguridad y calidad, según perfil de los profesionales y de los funcionarios.	Listado de Profesionales y de los funcionarios con capacitación vigente (mínimo 5 años) en los siguientes temas: <ul style="list-style-type: none"> - Diplomado de calidad y sus dimensiones o atributos. - Seguridad del paciente y gestión del riesgo asistencial. - Curso de evaluadores del Sistema de Acreditación de Prestadores Institucionales de Salud. - Curso de Precauciones Estándar. - Curso de IAAS. - Magister en Calidad y seguridad del paciente. - Magister en Atención Primaria.
Implementación de sistemas de soporte para desarrollar gestión documental y monitorización de indicadores.	Ingreso de información a plataforma digital
Implementación de sistemas vigilancia de eventos adversos asociados a la atención e implementación de la notificación de acuerdo con la normativa vigente.	Ingreso de información a plataforma digital
Informe de evaluación final con identificación de cumplimiento de las actividades ejecutadas, identificación de brechas y propuesta de corrección.	Ingreso de información a plataforma digital

Tabla N°2 Diagnóstico del estado de preparación de cada establecimiento de APS de su red comunal para proceso de acreditación.

Estado	Acciones realizadas
Sin acciones	No se han iniciado gestiones internas para el proceso de preparación para la acreditación.
Inicial	Se han iniciado acciones de organización interna de preparación para la acreditación.
Intermedio	Cumplimiento de 60% de características obligatorias y menor al 50% de las características totales.
Avanzada	Cumplimiento de 100% de características obligatorias y ≥ 50% de las características totales.

16.2 Porcentaje de cumplimiento del monitoreo de la implementación de las Normas de Seguridad y Calidad de la Atención en establecimientos de atención cerrada.

Tabla N°3 Requisitos mínimos para considerar cumplida la implementación de la norma de seguridad son los siguientes.

Acción realizada
Existe documento de carácter institucional con designación de responsable en la implementación de la estrategia, según normativa.
Existe protocolo local y actualizado que describa el/los procedimientos o estrategias descritas, según norma.
Informe de supervisión del cumplimiento de la normativa, según lo descrito en cada norma en cuanto a metodología y periodicidad. Para efectos de las Normas con (*) la supervisión estará dada por la notificación al ISP o registro correspondiente. Según Formato MINSAL.
Informe de análisis de los resultados de los indicadores.

Tabla N°4 Formato de planilla sugerida para el monitoreo y evaluación del cumplimiento de las Normas sobre Seguridad del Paciente y Calidad de la Atención en los establecimientos de atención cerrada de su Red.

Indicadores de Seguridad	Establecimientos de Salud						% Implementación (Promedio de los % de cumplimiento de cada Hospital)
	Periodo semestral			Periodo semestral			
	H1	H2	H3	H1	H2	H3	
Reporte de eventos adversos y centinela							
Aplicación de Lista de chequeo para la seguridad de la cirugía							
Análisis re-operaciones quirúrgica no programada							
Prevención de Enfermedad Tromboembólicas en pacientes quirúrgicos							
Prevención de lesiones por presión en pacientes hospitalizados							
Reporte de caídas pacientes hospitalizados							



Pacientes transfundidos de acuerdo a protocolo							
Mantenimiento preventivo de equipos críticos							
Uso de dispositivos médicos: Tecnovigilancia*							
Registro de datos de trazabilidad de recepción de dispositivos médicos*.							
H1, H2, H3: Identificación de los hospitales de su red							

Tabla N°5 Formato de planilla sugerida de monitoreo de la adherencia al reporte oportuno según indicador trimestral /semestral en los establecimientos.

Indicadores de Seguridad	Establecimientos de Salud						% Adherencia total
	Periodo trimestral/ semestral			Periodo trimestral/ semestral			
	H1	H2	H3	H1	H2	H3	
Reporte de eventos adversos y centinela							
Aplicación de Lista de chequeo para la seguridad de la cirugía							
Análisis re-operaciones quirúrgica no programada							
Prevención de Enfermedad Tromboembólicas en pacientes quirúrgicos							
Prevención de lesiones por presión en pacientes hospitalizados							
Reporte de caídas pacientes hospitalizados							
Pacientes transfundidos de acuerdo con protocolo							
Mantenimiento preventivo de equipos críticos							
Usos dispositivos médicos: Tecnovigilancia							
Registro de datos de trazabilidad de recepción de dispositivos médicos.							
H1, H2, H3: Identificación de los hospitales de su red Se debe indicar SI/NO existe adherencia al reporte de indicadores. En caso de no aplicarle, se debe señalar N/A Porcentaje de adherencia total: N° de Hospitales que cumplen (SI) / Total de Hospitales Se entenderá por adherencia: Reporte completo en SICARS, es decir, que cuentan con cadena de resumen de adherencia al reporte oportuno de indicadores Normas de Seguridad en los Establecimientos de Salud de la Red.							

16.3 Porcentaje de Profesionales con actividad asistencial que trabajan en Servicios de Urgencia o dispositivos de urgencia de Atención Primaria (SAPU, SAR y SUR) con capacitación vigente en Precauciones Estándares.

- Los referentes de IAAS de los Servicios de Salud, en coordinación con los referentes de red de urgencia y APS de los Servicios de Salud solicitarán durante los meses de marzo y septiembre la nómina de los y las profesionales contratadas por los servicios y dispositivos de urgencia durante los meses en cuestión (profesionales en atención clínica directa a usuarios y usuarias) a los Deptos./Corporaciones de salud respectivas (incluye quienes se desempeñan en establecimientos y dispositivos con dependencia directa del Servicio de Salud). La nómina de marzo se utilizará como denominador del primer corte del indicador 16.3, mientras que la de septiembre como denominador del segundo corte del indicador 16.3.
- Los Servicios de Salud son los responsables de monitorear el nivel de cobertura de los cursos de capacitación en precauciones estándares de estas y estos profesionales y construir las hojas de cálculo con la información consolidada de los Deptos./Corporaciones de salud respectivas (incluye establecimientos con dependencia directa del Servicio de Salud) para informar en los plazos definidos del corte de evaluación (ver planilla tipo a continuación).
- La evidencia respecto el cumplimiento individual de todos los requisitos mencionados de la capacitación vigente en precauciones estándares debe ser llenado por el personal de capacitación designado por el



Depto./corporación de salud designado, así como los certificados de aprobación individuales, y debe estar disponible para auditoría por parte del Servicio de Salud de requerirse.

Logo institucional de Servicio de Salud Respectivo	Reporte Cumplimiento Indicador N°3 COMGES 16		
	"Porcentaje de Profesionales con actividad asistencial que trabajan en Servicios de Urgencia o dispositivos de urgencia de Atención Primaria (SAPU, SAR y SUR) con capacitación vigente en Precauciones Estándares"		
Responsable del Servicio de Salud:			
Servicio de Salud	Total de Profesionales en función a la fecha del corte	Profesionales del corte con capacitación vigente	Porcentaje de capacitados
Profesionales de enfermería Depto/corporación de salud 1	a	b	$(a/b)*100$
Profesionales de matronería Depto/corporación de salud 1	c	d	$(c/d)*100$
Profesionales de kinesiología Depto/corporación de salud 1	e	f	$(e/f)*100$
Profesionales de medicina Depto/corporación de salud 1	g	h	$(g/h)*100$
Profesionales de odontología Depto/corporación de salud 1	i	j	$(i/j)*100$
Otros profesionales Depto/corporación de salud 1	k	l	$(k/l)*100$
Total profesionales Depto/corporación de salud 1	a+c+e+g+i+k	b+d+f+h+j+l	$\frac{(a+c+e+g+i+k)}{(b+d+f+h+j+l)}*100$
Profesionales de enfermería Depto/corporación de salud 2	a1	b1	$(a1/b1)*100$
Profesionales de matronería Depto/corporación de salud 2	c1	d1	$(c1/d1)*100$
Profesionales de kinesiología Depto/corporación de salud 2	e1	f1	$(e1/f1)*100$
Profesionales de medicina Depto/corporación de salud 2	g1	h1	$(g1/h1)*100$
Profesionales de odontología Depto/corporación de salud 2	i1	j1	$(i1/j1)*100$
Otros profesionales Depto/corporación de salud 2	k1	l1	$(k1/l1)*100$
Total profesionales Depto/corporación de salud 2	a1+c1+e1+g1+i1+k1	b1+d1+f1+h1+j1+l1	$\frac{(a1+c1+e1+g1+i1+k1)}{(b1+d1+f1+h1+j1+l1)}*100$
Profesionales de enfermería Depto/corporación de salud n	an	bn	$(an/bn)*100$
Profesionales de matronería Depto/corporación de salud n	cn	dn	$(cn/dn)*100$
Profesionales de kinesiología Depto/corporación de salud n	en	fn	$(en/fn)*100$
Profesionales de medicina Depto/corporación de salud n	gn	hn	$(gn/hn)*100$
Profesionales de odontología Depto/corporación de salud n	in	jn	$(in/jn)*100$
Otros profesionales Depto/corporación de salud n	kn	ln	$(kn/ln)*100$
Total profesionales Depto/corporación de salud n	an+cn+en+gn+in+kn	bn+dn+fn+hn+jn+ln	$\frac{(an+cn+en+gn+in+kn)}{(bn+dn+fn+hn+jn+ln)}*100$
Profesionales de enfermería	A = (a+a1+an)	B = (b+b1+bn)	$(A/B)*100$
Total Profesionales de matronería	C = (c+c1+cn)	D = (d+d1+dn)	$(C/D)*100$
Total Profesionales de kinesiología	E = (e+e1+en)	F = (f+f1+fn)	$(E/F)*100$
Total Profesionales de medicina	G = (g+g1+gn)	H = (h+h1+hn)	$(G/H)*100$
Total Profesionales de odontología	I = (i+i1+in)	J = (j+j1+jn)	$(I/J)*100$
Total Otros profesionales	K = (k+k1+kn)	L = (l+l1+ln)	$(K/L)*100$
Total profesionales	A+C+E+G+I+K	B+D+F+H+L+J	$\frac{(A+C+E+G+I+K)}{(B+D+F+H+L+J)}*100$



Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile



**COMPROMISO DE GESTIÓN N°17
PLAN DE ABORDAJE DEL AUSENTISMO
CON ENFOQUE BIOPSIICOSOCIAL**



Ámbito RISS:	Organización y Gestión.
Atributo:	11. Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red.

1. Objetivo General

Fortalecer la implementación de medidas para el abordaje del ausentismo por Licencia médica curativa, con enfoque biopsicosocial y especial énfasis en la Salud Mental de las/los funcionarias/os de la Red Asistencial.

2. Objetivos específicos

- Comprender y abordar los principales problemas, desafíos y necesidades asociadas al aumento sostenido del ausentismo laboral, a través de un diagnóstico integral.
- Abordar el aumento sostenido del ausentismo laboral, mediante el diseño de un Plan de Trabajo integrado.
- Evaluar la implementación y el impacto de las medidas y actividades, que pretenden abordar el aumento sostenido del ausentismo laboral.

3. Marco referencial

La misión del Ministerio de Salud es la articulación, gestión y desarrollo de la red asistencial pública en su conjunto, con el objetivo de permitir la ejecución de acciones integradas y centradas en las personas en cuanto a fomento, protección y recuperación de la salud durante todo el ciclo de vida, así como también en la rehabilitación y cuidados paliativos de las personas enfermas. Esta misión, si bien se entiende diseñada en función de los usuarios externos, debe tener su correspondencia en sus propias funcionarias/os, toda vez, que su bienestar constituye un objetivo institucional de alta prioridad; que condiciona la disponibilidad, la distribución y disposición hacia el usuario externo, e inclusive se configura como un factor que potencia las competencias del personal sanitario a lo largo de la red asistencial en los diferentes niveles de complejidad.

En ese sentido, los Servicios de Salud y su Red Asistencial, cuentan con una serie de recursos de distinta naturaleza que le permiten alcanzar sus objetivos organizacionales y sanitarios, reconocen el valor intrínseco del personal sanitario posicionándolo como el soporte fundamental de las acciones del sistema de salud, llamados a brindar gran parte de los servicios asociados y enfrentados a una cultura propia del trabajo en salud, lo que ha conllevado el despliegue de esfuerzos para apoyar el cuidado y bienestar de sus funcionarias/os y funcionarios.

De lo anterior, se desprende que esta cultura impacta en la calidad de vida y bienestar del personal pudiendo afectar su salud provocando ausentismo laboral, el cual, presiona profundamente en la fuerza laboral en la medida que involucra la ausencia de un miembro del equipo, lo que se traduce en sobrecarga de trabajo a los demás funcionarias/os, exigiendo un ritmo más acelerado y un volumen mayor de trabajo, impactando en un deterioro de la oferta de salud y calidad de la atención, además de pérdidas económicas por la no recuperación de subsidios de incapacidad laboral, entre los efectos más visibles.



Es importante señalar que el ausentismo laboral en el sector público de salud es un fenómeno multifactorial asociado a factores de la esfera personal, organizacional o una combinación de ambas, impactando sobre las personas y las instituciones. Históricamente se ha realizado el seguimiento de esta variable a través del Índice de Ausentismo relacionado a las Licencias Médicas Curativas, indicador que ha tenido una tendencia al alza en los últimos años. Es por lo anterior, que el índice de ausentismo observado en el periodo 2016 a 2019, previos a la pandemia, varía en promedio de un 7% por año, observándose de igual manera una tendencia al aumento constante.

Durante el primer año de pandemia la variación se traduce en el aumento a un 21% respecto al año 2019, sumándose 5,5 días promedio de ausencia en el periodo. En el año 2020 se observaron 31,0 días de ausencia en promedio a causa de licencias médicas curativas, lo que significa un aumento en 5 días respecto al índice obtenido el año 2019. Al 2021 el índice de ausentismo alcanza un promedio de 35,0 días, teniendo un alza de 5 días durante el 2022. Esta tendencia podría ser explicada por el fuerte remecer del sector de salud durante la pandemia al adicionar un nuevo estresor a esta caracterización del trabajo, traduciéndose en una mayor carga de trabajo, el miedo frente a un mayor riesgo de contagio y a la relación intensificada con el dolor y la muerte, impactando fuertemente en la calidad de vida y específicamente en la Salud Mental de las funcionarias/os.

De acuerdo con lo anterior, cuando se altera el estado de bienestar mental de las personas, estas presentan dificultades para trabajar productivamente y contribuir de forma eficiente a la organización, puesto que sus habilidades y capacidades se ven alteradas debido a las condiciones ambientales que producen estrés⁵², el principal indicador de estados ansiosos y/o depresivos en las personas. Estos estados de salud, cuando son experimentados por grandes grupos de población trabajadora, afectan negativamente la misión de las organizaciones, observándose indicadores de ausentismo elevados a través del tiempo.

Cabe mencionar, que tradicionalmente el ausentismo laboral se asoció en exclusiva a factores personales, sin embargo, la comprensión progresiva de la influencia organizacional sobre los factores de riesgo y el rol promotor de salud que debieran tener las instituciones, la ausencia de un/a funcionario/a, ya sea en servicios clínicos o en unidades administrativas, comienza a ser comprendido y estudiado de manera integral y desde un enfoque biopsicosocial.

Este enfoque plantea desde una mirada integral, los factores biológicos, sociales y psicológicos que pueden influir en el funcionamiento humano, y, por tanto, en la comprensión del continuo salud-enfermedad permitiendo el reconocimiento de los pensamientos, las emociones, los aspectos sociales, psicológicos, biológicos y de comportamiento, que afectan tanto al individuo como a la comunidad sanitaria y organización. Bajo esa mirada y con el propósito de contribuir a mantener y/o mejorar la salud de las funcionarias/os se hace necesario adoptar estrategias que permitan mejorar las condiciones y ambientes laborales con el fin de favorecer el bienestar integral de las funcionarias/os.

Con todo lo expuesto el Compromiso de Gestión N° 17, puede ser utilizado como una nueva herramienta para los Servicios de Salud, en el desarrollo de actividades que tributen a dar continuidad al apoyo, acompañamiento y cuidado de los equipos de salud desde este enfoque biopsicosocial.

⁵² OMS, 2011.



Las acciones de este abordaje deben buscar la comprensión de las diferentes causales que pueden intervenir en el ausentismo laboral por licencia médica curativa, abordando de manera integral con planes y estrategias los problemas y necesidades asociadas.

Estas acciones a su vez deberían contribuir a la disminución del Índice de ausentismo laboral, por lo que, el indicador asociado a la disminución de licencias médicas curativas seguirá siendo monitorizado a través de las plataformas oficiales del Ministerio de Salud.

4. Definiciones y Terminología

- **Dotación efectiva:** Promedio trimestral de funcionarios titulares y a contrata, incluyendo funcionarios con calidad de suplentes en cargos titulares vacantes, funcionarios que se encuentran en comisión de servicio y funcionarios que hacen uso de permiso sin goce de remuneraciones.
- **Enfoque Biopsicosocial:** Modelo general que plantea que los factores biológicos, sociales y psicológicos (incluye pensamientos, emociones y conductas), juegan un papel importante en el funcionamiento humano, y, por tanto, en la comprensión del continuo salud-enfermedad.
- **Índice de ausentismo laboral:** Corresponde a la relación entre los días de ausencia por licencia médica curativa de los funcionarios (dotación efectiva, suplencias y remplazos) y la dotación de 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 funcionarios/as a contrata que se encuentran imposibilitados para desempeñar sus cargos, de acuerdo con lo señalado en el artículo 10º de la Ley de Presupuesto vigente. El personal suplente y de reemplazo deberán ajustarse a las causales de suplencia y remplazos definidas por DIPRES, para la confección de los Informes de dotación trimestrales, las cuales son:

TABLA N°12	
Causal de la Suplencia / Reemplazo	
Descripción	Código
Cargo en reserva (Titular se desempeña en otro cargo, dentro o fuera de la institución).	01
Licencia médica del titular / contrata por enfermedad o accidente común del titular / contrata, o prórroga medicina preventiva.	02
Licencia médica maternal pre y post natal del titular / contrata.	03
Licencia médica del titular / contrata por enfermedad grave de hijo menor de un año.	04
Licencia médica del titular / contrata por accidente del trabajo o trayecto.	05
Licencia médica del titular / contrata por enfermedad profesional.	06
Licencia médica del titular / contrata por patología del embarazo.	07
Titular / Contrata se encuentran con permiso con o sin goce de remuneraciones.	08
Titular / Contrata que se encuentra en comisión de servicio o en cometido en el extranjero.	09
Titular / Contrata que se encuentra en comisión de servicio para realizar estudios en el país o en el extranjero.	10
Titular / contrata se encuentra haciendo uso de Feriado Legal o Permiso	11
Titular / contrata se encuentra suspendido de sus funciones	12
Extensión de suplencia / reemplazo por protección a la maternidad de suplente / reemplazante	13
Titular / contrata se encuentra haciendo uso de permiso postnatal parental	14



5. Nombre del Indicador

17.1 Porcentaje de acciones implementadas del plan de abordaje del ausentismo con enfoque biopsicosocial.

6. Meta Nacional año 2023

- Ejecutar al menos el 20,0% del total del plan trienal para el año 2023.

7. Ficha General del Indicador

Nombre del indicador	17.1 Porcentaje de acciones implementadas del plan de abordaje del ausentismo con enfoque biopsicosocial.
Fórmula de cálculo	Número de acciones implementadas del Plan de abordaje / Número total de acciones planificadas del Plan x 100
Fuente de datos	5 fuentes: Reportabilidad saludablemente, Mals, Conciliación, Salud funcionaria y Riesgo Psicosocial.

I Corte (enero - junio)		
Número acción	1	
Descripción acción	Elaboración diagnóstica integral.	
Medios de verificación	i. Informe diagnóstico de las principales variables que influyen en el ausentismo laboral y estado de Salud mental funcionaria.	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	Entrega informe incluyendo 5 variables	100,0%
	Entrega informe incluyendo 4 variables	75,0%
	Entrega informe incluyendo 3 variables	50,0%
	Entrega informe incluyendo 2 variables	25,0%
Número acción	2	
Descripción acción	Elaborar un plan de trabajo trienal, basado en el informe diagnóstico integral con énfasis en las medidas institucionales sobre la prevención del ausentismo, ausentismo declarado y los indicadores de ambientes laborales, riesgo psicosocial y salud mental.	
Medios de verificación	i. El plan de trabajo 2023	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	X = 100%	100,0%
	X < 100%	0,0%

II Corte (julio - diciembre)		
Número acción	3	
Descripción acción	Ejecución de al menos el 20,0% de las actividades definidas en el plan trienal, considerando la fecha de corte.	
Medios de verificación	i. Informe de "cumplimiento".	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	X ≥ 20,0%	100,0%
	18,0% ≤ X < 20,0%	75,0%



Número acción	$16,0\% \leq X < 18,0\%$	50,0%
	$14,0\% \leq X < 16,0\%$	25,0%
	$X < 14,0\%$	0,0%
4		
Descripción acción	Envío informe de "evaluación" de cumplimiento año 2023.	
Medios de verificación	i. Documento con evaluación del cumplimiento COMGES 2023.	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	X = 100%	100,0%
	X < 100%	0,0%

8. Consideraciones Técnicas

El trabajo por desarrollar debe estar plasmado en el Plan Central de Abordaje Biopsicosocial del Ausentismo del Servicio de Salud, que dé cuenta de las acciones ejecutadas a nivel de toda la red. A nivel de cada Establecimiento de la red dependiente del Servicio de Salud, se debe contar con Plan local de Abordaje Biopsicosocial del Ausentismo. La labor del equipo del Servicio de Salud considerará el seguimiento a las acciones del Plan de cada Establecimiento, los cuales deben ser coherente con el Plan Central.

El Plan Central de Abordaje Biopsicosocial del Ausentismo se debe fundamentar en el diagnóstico a realizar en el primer semestre del año 2023, en base a lo observado en el año 2022 y del conocimiento que posee el Servicio de Salud, respecto al fenómeno del ausentismo a nivel local. Además, deberá incorporar las acciones mínimas por eje indicadas desde el Nivel Central para el abordaje del ausentismo. Se enviará Guía Técnica de apoyo para el desarrollo del diagnóstico y la especificación de las acciones mínimas por eje relacionado al Ausentismo Laboral a incluir en el plan.

Se enviará formato para apoyar con la entrega de informe de cumplimiento correspondiente al segundo corte.



Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile



**COMPROMISO DE GESTIÓN N°18
PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LA
RED ASISTENCIAL**



Ámbito RISS:	Gobernanza y Estrategia.
Atributo:	Un sistema de gobernanza único para toda la Red. Participación amplia.

1. Objetivo General

Fortalecer la participación ciudadana en salud con pertinencia territorial y cultural bajo un enfoque de derechos y corresponsabilidad, promoviendo el trabajo colaborativo de los equipos del sector salud, la comunidad usuaria, las organizaciones sociales y la sociedad civil.

2. Objetivos Específicos

- Potenciar la conformación, institucionalización y funcionamiento de los Consejos de la Sociedad Civil (COSOC), y de los Consejos de Desarrollo Local (CDL), en los establecimientos de salud, en coherencia con el Instructivo Presidencial⁵³ N°007/18 agosto 2022, y las prioridades de la política sectorial de Participación.
- Promover espacios de formación para el desarrollo de competencias en los equipos de salud y representantes de la comunidad y la difusión de información que facilite la participación en instancias que posibiliten la incidencia de la ciudadanía y de organizaciones de la sociedad civil en materias de salud.
- Facilitar el acceso a información pertinente y útil a las organizaciones de la sociedad civil, especialmente, para aquellas que se encuentran en localidades periféricas o alejadas de los centros urbanos, empleando un lenguaje claro, inclusivo y respetuoso.
- Sistematizar y difundir experiencias de participación ciudadana en la gestión pública de salud, tanto al interior del Servicio, como de los establecimientos de la red asistencial, con la finalidad de aportar a la gestión del conocimiento del tema.
- Fomentar la participación e inclusión de grupos históricamente excluidos, con perspectiva de género asegurando mecanismos y fórmulas que propicien la igualdad e incidencia en las políticas de salud de manera sustantiva, tales como: los pueblos originarios, personas en situación de discapacidad, niños, niñas y adolescente, comunidad LGBTIQ+, entre otros.

Consideraciones para dar respuesta a los Objetivos Específicos

Promover y fortalecer la asociatividad: Las ventajas de trabajar con una sociedad civil organizada son múltiples en relación con una participación más difusa y atomizada. En las acciones y actividades que se planifiquen y realicen se debe tener en cuenta la promoción de la asociatividad formal y promoverla, con el fin de crear mayor cohesión social.

Fortalecimiento de competencias: En el diseño y ejecución de las acciones y actividades se debe tener presente las posibilidades de desarrollar competencias que permitan ir en un permanente avance en la calidad y efecto de la participación ciudadana. Como por ejemplo reforzar competencias en liderazgo, oratoria, técnicas de administración, entre otras.

⁵³ Instructivo Presidencial N 007/18 agosto 2022 para el fortalecimiento de la Participación Ciudadana en la Gestión Pública. Disponible en: <https://msgg.gob.cl/wp/wp-content/uploads/2022/09/Instructivo-de-Participacio%CC%81n-Ciudadana.pdf>



Representatividad e impacto: Como una forma de aumentar la representatividad de los y las participantes en las distintas acciones y actividades de participación ciudadana y el impacto que esta tenga en la comunidad, se debe considerar a organizaciones existentes en el territorio y con alta representatividad e impacto comunitario, por ejemplo, juntas de vecinos, clubes deportivos, centros de madres, ONG'S, clubes de adulto mayor, etc., además de las organizaciones propias del sector salud. La gran mayoría de quienes integran estas organizaciones son usuarios del sistema público de salud y su capacidad de transmisión de los mensajes es muy alta. Se recomienda privilegiar aquellas con una constitución formal y vigente como también a aquellos grupos que no cuentan con formalización pero que representan a sectores históricamente excluidos.

Mecanismos mínimos obligatorios: La ley 18.575 (DFL 19.653 /2001⁵⁴) establece 4 mecanismos mínimos obligatorios: acceso a información relevante, cuentas públicas participativas, consultas y consejos de la sociedad civil. Si bien, estos mecanismos no tienen un orden de prelación, se sugiere poner especial atención en los COSOC, las consultas y las cuentas públicas participativas, así como en aquellas instancias conformadas a partir de la Ley de Autoridad Sanitaria, como los Consejos Consultivos de Usuarios en los Establecimientos Autogestionados en Red, y aquellas instancias conformadas en el contexto del fortalecimiento de la participación social en las redes asistenciales como los Consejos de Salud Local, Comités Locales de Salud, entre otras denominaciones.

Otros mecanismos de participación: Con el fin de ampliar las formas y grupos objetivos en el ámbito de la participación ciudadana en el sector salud, resulta conveniente implementar otros mecanismos de participación, más allá de los mínimos obligatorios. A modo de ejemplo se pueden nombrar los siguientes: presupuestos participativos, diálogos participativos, conversatorios, cabildos, parlamentos infantiles y juveniles, etc. Para estos efectos el Departamento de Participación Ciudadana y Trato al Usuario de Minsal, prestará un constante apoyo metodológico a los Servicios de Salud, de forma de que esta implementación resulte lo más efectiva y eficiente posible.

Generación de insumos para políticas, planes y programas: El objetivo propio de la participación ciudadana es permitir que las personas tengan injerencia en el ciclo de las políticas públicas, de esta forma se hace imprescindible que todas las acciones y mecanismos de participación generen insumos útiles para el diseño, implementación o evaluación de planes, políticas o programas. Esto exige el trabajo sistemático de la información levantada y la elaboración de minutas y/o informes que recojan lo sistematizado tanto cuantitativa como cualitativamente, según pertinencia; a la vez que genera espacios de devolución a las comunidades y ciudadanía en general, del resultado de las acciones.

3. Marco Referencial

Participación Ciudadana en la Gestión Pública.

El Estado reconoce a las personas el derecho a participar en sus políticas, planes, programas y acciones (Ley N°20.500). Es decir, implica un proceso de construcción social de las políticas públicas. Es un involucramiento activo de las personas en el ciclo de las políticas públicas, que tienen directa repercusión en sus vidas.

⁵⁴ Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=191865>



Desde la perspectiva de gobierno abierto, es un paradigma para la gestión pública que busca fortalecer y profundizar la democracia, que la ciudadanía colabore en la creación y mejora de servicios públicos y en el fortalecimiento de la transparencia y/o rendición de cuentas, existiendo para ello tres principios rectores:

- La transparencia: acceso a la información pública, apertura de datos, rendición de cuentas, educación a la ciudadanía e integridad y anticorrupción.
- La colaboración: generación de alianzas, redes de trabajo y espacios de cocreación.
- La participación: incidencia, interacción y diálogo y seguimiento, control y evaluación por parte de la ciudadanía.

La participación ciudadana debe realizarse bajo un enfoque de derechos, de manera transversal, sin ningún tipo de discriminación arbitraria, respetando la diversidad social y cultural, reconociendo e integrando las particularidades territoriales, así como las características y necesidades de los distintos grupos que lo conforman. Esto con la finalidad de potenciar las instancias de intercambio de ideas y percepciones sobre distintos temas a consultar con la comunidad, fortaleciendo el proceso de toma de decisiones en el marco de un sistema democrático.

Marco Jurídico y Normativas.

La Participación Ciudadana en salud se encuentra regulada en cuerpos normativos, tanto de carácter general como especial en el ámbito del quehacer del Ministerio de Salud.

Dentro de los más relevantes están los siguientes:

- Constitución Política de la República: En su artículo 1 consagra el derecho de las personas a participar con igualdad de oportunidades en la vida nacional. De la misma forma en el artículo 5 otorga rango constitucional a los Tratados Internacionales ratificados por Chile y que se encuentren vigentes, dentro de esto se consideran a la Declaración Universal de Derechos Humanos y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, ambos consagran el derecho de participación para las personas de los países suscriptores de estos instrumentos internacionales.
- Ley N°20.500 sobre Participación Ciudadana en la Gestión Pública: Promulgada en febrero de 2011, trata de forma expresa y sistemática el derecho a la participación ciudadana y modifica diversos cuerpos legales a este respecto.
- Ley N°19.880 de Bases de los Procedimientos Administrativos: Regula, entre otras materias, los procedimientos relacionados con la gestión de solicitudes de las personas, considerando aspectos, como calidad, transparencia y oportunidad de las respuestas.
- Ley N°18.575 Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado: Modificada por la ley 20.500 establece la participación ciudadana como uno de los principios rectores de la administración del Estado y, en su Título IV, establece el derecho a la participación y los mecanismos mínimos obligatorios en esta materia para los distintos órganos del Estado.
- Ley N°19.666 que crea el Régimen General de Garantías de Salud GES: Establece la exigibilidad en el cumplimiento de garantías de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera en la provisión de servicios en caso de patologías de mayor frecuencia, gravedad y costo para la población. Genera un sistema de reclamación por incumplimiento de garantías y un sistema de mediación en caso de demandas tanto al sistema de salud público como privado.



- Ley N°20.422 sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad: Busca establecer la forma y condiciones que permitan la plena integración de la persona con discapacidad en la sociedad y el ejercicio en igualdad de condiciones de todos los derechos que nuestro ordenamiento jurídico establece para todas las personas.
- Ley N°20.285 sobre Acceso a la Información Pública: Regula el principio de transparencia de la función pública, el derecho al acceso a la información de los órganos de la Administración del Estado, los procedimientos para el ejercicio del derecho y para su amparo, y las excepciones a la publicidad de la información.
- Ley N°20.584 que regula los Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en Salud: Sus disposiciones se aplican a prestadores tanto públicos como privados y a los demás profesionales y trabajadores que, por cualquier causa, deban atender público y se vinculen con el otorgamiento de las atenciones de salud.
- Ley N°20.609 que establece medidas contra la discriminación: Establece un mecanismo judicial para el restablecimiento del imperio del Derecho cuando se cometa un acto de discriminación arbitraria y dispone que los órganos de la Administración del Estado deben elaborar e implementar políticas destinadas a garantizar a toda persona, sin discriminación arbitraria, el goce y ejercicio de los derechos y libertades reconocidos por la Constitución Política de la República, las leyes y los Tratados Internacionales ratificados por Chile y que se encuentren vigentes.
- Ley N°19.937 de Autoridad Sanitaria: Modifica la estructura del Sistema Público de Salud y establece mecanismos de participación de la sociedad civil (Consejos Asesores de las Secretarías Regionales Ministeriales, Consejo de Integración de la Red Asistencial, Consejos Consultivos).
- Instructivo Presidencial N°007, para el Fortalecimiento de la Participación Ciudadana en la Gestión Pública, del 18 de agosto de 2022, cuyos objetivos estratégicos son recogidos en este texto para contribuir a su implementación.
- Norma General de Participación en la gestión Pública de Salud, que permite aplicar el Instructivo Presidencial.
- Orientaciones programáticas, que apoyan el diseño e implementación de Planes de Salud Comunal y en particular, el diseño e implementación de programas de salud.

Contexto de la Participación Ciudadana en Salud para el año 2023.

En la lógica de una mejora continua de la planificación y de los mecanismos de participación ciudadana y buscando, permanentemente, aumentar la eficiencia y eficacia de estas herramientas es que se debe continuar profundizando y perfeccionando en los siguientes ámbitos durante el año 2023:

- **Impacto y representatividad:** Un elemento esencial en el éxito de las políticas públicas en salud es el impacto que estas tienen en la comunidad y la representatividad de quienes contribuyen a diseñarlas, implementarlas y/o evaluarlas. En este entendido es necesario profundizar en estos dos aspectos mediante la apertura a la participación de grupos y organizaciones tradicionalmente no consideradas o grupos históricamente excluidos y que presentan una sensible vinculación con la comunidad y su consiguiente impacto en esta, tanto por número de personas asociadas, temas de interés, realidades sociales y representación etaria (juntas de vecinos, clubes deportivos, clubes de adulto mayor, ONG's, centros juveniles, entre otros.).



- **Injerencia en las políticas públicas:** El objetivo central de la participación ciudadana es permitir a las personas tener injerencia en el ciclo de las políticas públicas, de esta forma se deben buscar los mecanismos que permitan que la discusión y los resultados obtenidos en los diferentes mecanismos o instancias de participación puedan enriquecer el trabajo de quienes tienen poder de decisión en relación con las políticas públicas.
- **Pertinencia:** Se debe tener siempre presente las características tanto culturales como sociales y geográficas del territorio y de la comunidad con quienes se trabaja.
- **Derechos y Deberes:** Debe tenerse a la vista los derechos de las personas y su deber correlativo.
- **Intersectorialidad:** Se debe buscar la generación de sinergias, tanto al interior del sector salud, como con otras reparticiones u organismos del Estado, como por ejemplo SEREMIS, APS, otras instituciones públicas con asentamiento local, etc. Esto como una manera de perfeccionar y potenciar el trabajo que se realice en esta materia, con especial consideración al impacto y a la cobertura hacia la comunidad usuaria en cada territorio.
- **Enfoque colaborativo:** Uno de los objetivos finales de los procesos de participación ciudadana es contribuir a la construcción y reforzamiento de un paradigma de relación entre el Estado y la sociedad civil en donde los objetivos y prioridades de cada uno sean concordados y se transite hacia una relación de colaboración, corresponsabilidad y generación de sinergia.
- **Lenguaje claro:** La entrega de información hacia la comunidad usuaria y funcionaria debe realizarse sin tecnicismos, incluyendo el significado de las siglas, ya que toda persona debe tener claridad y certeza sobre las condiciones de tiempo, modo y lugar en las que podrían solucionar sus inquietudes, gestionar sus trámites, y así converger en una correcta atención de salud a quienes lo requieran.
- **Lenguaje inclusivo:** Se entiende por la ausencia de sexismo, discriminaciones y otros sesgos de género que oculten o infravaloren la participación y presencia de hombres y mujeres en la vida social en la comunicación oral o escrita.
- **Inclusión:** "...es una perspectiva que se basa en el respeto de las diversidades de todas las personas, colectividades, sus orígenes y contextos, buscando eliminar barreras de acceso a la atención y a brindar mejores condiciones de salud y mayores niveles de calidad de vida, considerando aquellas que se encuentran en situación de vulnerabilidad, desprotección, exclusión o discriminación, promoviendo políticas, programas o acciones, en un marco de respeto por los Derechos Humanos, Género y garantías en salud"⁵⁵
- **Lenguaje Respetuoso:** En el trabajo con la comunidad muchas veces se confunde la idea de cercanía o de afecto con expresiones que pueden ser más bien inapropiadas respecto a cómo referirse a grupos específicos de la sociedad. Una forma muy común es escribir o hablar de "nuestros adultos mayores", "nuestros niños", "nuestras mujeres" o "nuestros pueblos originarios" cuando en realidad es más ajustado referirse a: "las mujeres", "los pueblos originarios", "adulto y adultas mayores" o "niños, niñas y adolescentes". Referirse a la persona con su nombre y/o apellido. Se debe avanzar a la equidad en el trato, siendo la mejor herramienta el uso de un lenguaje apropiado.

4. Definiciones y Terminología

Los siguientes conceptos los más relevantes relacionados con este COMGES:

⁵⁵ Disponible en: <https://www.minsal.cl/departamento-ddhh-genero/definiciones-basicas/>



- **Grupos históricamente excluidos:** Se refiere a grupos sociales que han sido excluidos históricamente de los procesos participativos y de incidencia en las políticas públicas como: Personas mayores, niños, niñas y adolescentes (NNA), mujeres, personas de la comunidad LGBTIQ+, población migrante, pueblos indígenas, personas con discapacidad, entre otros.
- **Diagnóstico Territorial de Participación Ciudadana:** Levantamiento de información proporcionada por las comunidades locales, representantes de organizaciones comunitarias y de la sociedad civil en general acerca de sus percepciones sobre el proceso participativo local y su impacto en la salud de la población.
- **Plan de Participación Ciudadana:** Conjunto de actividades ordenadas de manera secuencial que responden a fines y objetivos de desarrollo y fortalecimiento de la participación ciudadana en la salud y que se construye en base a: Características territoriales; Enfoque de derechos; Enfoque Intercultural; Enfoque de género; Equidad; Pertinencia cultural y social; Enfoque Intergeneracional y determinantes sociales de la salud.

5. Nombre del Indicador

18.1 Porcentaje de acciones planificadas, medidas y evaluadas en el plan anual de participación ciudadana diseñado por los Servicios de Salud para el año 2023.

6. Meta Nacional año 2023

- Ejecutar el **100,0%** de las acciones establecidas en su Plan Anual de Participación Ciudadana.

7. Ficha General del Indicador

Nombre del indicador	18.1 Porcentaje de acciones planificadas, medidas y evaluadas en el plan anual de participación ciudadana diseñado por los Servicios de Salud para el año 2023.
Fórmula de cálculo	(Número de acciones planificadas, medidas y evaluadas en el Plan Anual de Participación Ciudadana implementadas en el periodo t / Total de acciones del Plan anual de Participación Ciudadana planificadas, medidas y evaluadas comprometidas en el periodo t) x 100.
Fuente de datos	Informes de cumplimiento del COMGES y sus respectivos verificadores, presentados por cada Servicio de Salud.

I Corte (enero - junio)	
Número acción	1
Descripción acción	Evaluación y actualización de Diagnóstico Territorial de Participación Ciudadana elaborado durante 2022, el cual debe presentar todos los aspectos considerados en la evaluación establecida en la Guía metodológica que les permita elaborar el Plan anual de Participación Ciudadana 2023.
Medios de verificación	i. Informe que contenga el Plan Anual de Participación Ciudadana en salud con diagnóstico evaluado y actualizado. La planificación anual puede incluir acciones y/o actividades como las siguientes: <ul style="list-style-type: none"> - Dos conversatorios por semestre. - Tres reuniones de COSOC por semestre. - Dos mecanismos no contemplados en la Ley N°20.500 por semestre.



	<ul style="list-style-type: none"> - Una consulta ciudadana. - Un diálogo ciudadano. <p>El diseño del Plan Anual deberá ser enviado a la referencia técnica del Ministerio de Salud durante la primera quincena de abril de 2023.</p>	
	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
Cálculo del cumplimiento:	X ≥ 100%	100%
	X < 100%	0,0%
Número acción	2	
Descripción acción	Ejecución de actividades y acciones comprometidas para el semestre del Plan Anual de Participación Ciudadana en salud 2023 en coherencia con orientaciones técnicas y metodológicas MINSAL.	
Medios de verificación	<p>i. Informe del avance de la implementación del Plan Anual de Participación Ciudadana al final del primer corte. Debe contener las acciones y actividades comprometidas para el semestre con sus respectivos verificadores, es decir, al menos:</p> <p style="margin-left: 40px;">2- Un Reporte de los dos conversatorios.</p> <p style="margin-left: 40px;">3- Un Reporte de tres reuniones de COSOC.</p> <p style="margin-left: 40px;">4- Un Reporte de dos mecanismos no contemplados en la Ley N°20.500.</p> <p style="margin-left: 40px;">5- Un Reporte de una consulta ciudadana.</p>	
	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
Cálculo del cumplimiento:	Ejecuta todas las acciones planificadas	100,0%
	Ejecuta 4 de 5 acciones planificadas	75,0%
	Ejecuta 3 de 5 acciones planificadas	50,0%
	Ejecuta 2 de 5 acciones planificadas	25,0%
	Ejecuta 1 o menos acciones planificadas	0,0%

II Corte (julio - diciembre)		
Número acción	3	
Descripción acción	Ejecución de actividades y acciones comprometidas para el semestre del Plan Anual de Participación Ciudadana en salud 2023 en coherencia con orientaciones técnicas y metodológicas MINSAL.	
Medios de verificación	<p>i. Informe del avance de la implementación del Plan Anual de Participación Ciudadana al final del segundo corte. Debe contener las acciones y actividades comprometidas para el semestre con sus respectivos verificadores, es decir, al menos:</p> <p style="margin-left: 40px;">2- Un Reporte de los dos conversatorios.</p> <p style="margin-left: 40px;">3- Un Reporte de tres reuniones de COSOC.</p> <p style="margin-left: 40px;">4- Un Reporte de dos mecanismos no contemplados en la Ley N°20.500.</p> <p style="margin-left: 40px;">5- Un Reporte de una consulta ciudadana.</p>	
	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
Cálculo del cumplimiento:	Ejecuta todas las acciones planificadas	100,0%
	Ejecuta 4 de 5 acciones planificadas	75,0%
	Ejecuta 3 de 5 acciones planificadas	50,0%
	Ejecuta 2 de 5 acciones planificadas	25,0%
	Ejecuta 1 o menos acciones planificadas	0,0%
Número acción	4	
Descripción acción	Elaboración de informe que dé cuenta del proceso desarrollado durante el año, contemplando las actividades desarrolladas durante el periodo reportado conteniendo una evaluación anual de lo realizado.	
Medios de verificación	<p>i. Informe final de resultados del año en coherencia con orientaciones técnicas y metodológicas MINSAL.</p>	
	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
Cálculo del cumplimiento:	X = 100%	100,0%



X < 100%

0,0%

8. Consideraciones Técnicas

18.1 Porcentaje de acciones planificadas, medidas y evaluadas en el Plan Anual de Participación Ciudadana diseñado por los Servicios de Salud para el año 2023, en el periodo.

Se propone la realización de un Informe de Evaluación a realizarse en dos momentos:

- El primero: al inicio del proceso en el primer semestre que tenga como finalidad recoger opiniones y percepciones de los y las participantes respecto del trabajo, las actividades y acciones realizadas por los equipos de participación en los distintos establecimientos de salud.
- El segundo: hacia el final del segundo semestre, preferentemente con el mismo grupo de personas para evaluar conjuntamente si las conclusiones obtenidas al principio del proceso se reflejaron en el proceso llevado adelante durante el año.

Las actividades de actualización de diagnósticos participativos, diseño participativo, evaluación de las acciones realizadas y sus resultados, pueden ser consideradas parte de las planificadas para el presente año.

Se propone la realización de un Diálogo Ciudadano en el segundo semestre, aproximadamente en noviembre, que busque evaluar en conjunto con la comunidad usuaria y/ o funcionaria el proceso desarrollado durante el año y que sus acuerdos o conclusiones sirvan a su vez como insumo a la elaboración del informe final y a proyectar el diagnóstico del año siguiente, así como de identificación de logros y aprendizajes. Esta actividad podría formar parte de alguna de las planificadas para esta parte del año.

Consideraciones en relación con la Guía Metodológica.

Se entregará con posterioridad a estas Orientaciones Técnicas, una Guía Metodológica que contendrá directrices generales sobre herramientas metodológicas variadas. En relación con la utilización de otros mecanismos de participación no contemplados en la Ley N°18.575 (DFL 19.653 /2001). A su vez, también se entregarán algunas sugerencias en cuanto a líneas temáticas, que pudieran ser tenidas en consideración por los Servicios de Salud en su planificación 2023, en concordancia con las prioridades y metas sanitarias sectoriales.

En este documento de apoyo se explicará también, la modalidad en que se realizarán monitoreos mensuales del estado de avance de las actividades comprometidas en el indicador COMGES 18, acción que tiene como finalidad mantener una comunicación expedita y constante de retroalimentación entre la referencia técnica ministerial y la contraparte correspondiente de cada Servicio de Salud.

Las actividades contempladas en el Plan pueden de distinta naturaleza. Serán explicadas en mayor detalle propuestas de mecanismos, acciones, espacios, instancias y/o modalidades de participación. Tales como: Diálogos ciudadanos participativos y /o conversatorios con temáticas relevadas en cada Servicio de Salud por la comunidad usuaria y funcionaria; plazas y /o ferias ciudadanas; mesas barriales y/o territoriales; escuelas ciudadanas, talleres, capacitaciones a comunidad usuaria y/ o funcionaria; exposiciones itinerantes; operativos



médicos; cuentas públicas participativas; consultas ciudadanas; sesiones del Consejo de la Sociedad Civil COSOC, Consejo de Desarrollo Local, Consejo Consultivo de Usuarios, entre otras.

Los formatos generales de Informe de acciones y /o actividades y sus respectivos verificadores serán indicados y explicados también en la guía. Serán enviados como anexo adjunto a ella.

Actividades, acciones o instancias de participación pueden realizarse en modalidad presencial, virtual o híbrida de acuerdo a las necesidades y particularidades territoriales locales; a la situación sanitaria; a la eficiencia en el uso de los recursos materiales, de infraestructura y a la disponibilidad de las personas participantes, tanto de la comunidad usuaria como funcionaria.



Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile



COMPROMISO DE GESTIÓN N°19
EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA DE LOS
PROYECTOS DE INVERSIÓN EN LA RED
ASISTENCIAL





Ámbito RISS:	Asignación de Recursos e Incentivos.
Atributo:	14. Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red.

1. Objetivo General

Disponer mensualmente, desde los Servicios de Salud, la información completa del estado de avance de los Proyectos de Inversión que se encuentren en Etapa de ejecución.

2. Objetivos Específicos

- Evaluar el cumplimiento de la ejecución del presupuesto de inversión de los proyectos del Servicio de Salud, en relación con el monto de inversión programada para el periodo.
- Actualizar la información del Banco Integrado de Proyectos de acuerdo con SIGFE, respecto a la ejecución financiera de los proyectos de inversión.
- Actualizar de la información de los Proyectos, en la plataforma del Sistema de Gestión de Proyectos.
- Contar con cierre contable mensual de los subtítulos 29 (circular 33), 31 y 32.

3. Marco Referencial

Este COMGES nace de la necesidad de contar con información actualizada mes a mes, respecto de la ejecución financiera del presupuesto otorgado al Sector de Salud, para la realización de los proyectos de Inversión en estructura hospitalaria. El contar con esta información actualizada permite ir revisando el avance de los proyectos y tener conocimiento de los distintos problemas y/o situaciones que enfrentan, ello con el fin de poder realizar a tiempo los ajustes correspondientes en conjunto con los Servicios de Salud.

Se incorporó además en el año 2011, como medio de verificación de este COMGES, que los servicios informen de la actualización de la información del Banco Integrado de Proyectos de acuerdo a SIGFE, respecto a la ejecución financiera de los proyectos de inversión, ello considerando lo establecido en el Oficio Circular N° 61 del 29 de diciembre de 2010 del Ministerio de Hacienda, que estableció instrucciones para materias específicas, señalando en su punto 6.8.3; en el título; Informe de Ejecución Físico-Financiera Mensual, que “Los servicios e instituciones del sector público deberán ingresar en el BIP la información sobre la ejecución física y financiera mensual de los estudios básicos, proyectos y programas de inversión dentro de los ocho primeros días del mes siguiente al de su ejecución. En caso de que el último día sea sábado, domingo o festivo, el plazo se prorrogará al primer día hábil siguiente. Asimismo, deberán mantener actualizada la información de todos los contratos que se ejecuten con cargo a las iniciativas que se identifiquen para el año 2011, con su correspondiente ejecución físico - financiera”. Esta indicación se ha mantenido en las instrucciones presupuestarias anuales.

4. Definiciones y Terminología

- **RISS:** Redes Integradas de Servicios de Salud.
- **SIGFE:** Sistema de Información para la Gestión Financiera del Estado.
- **Decretado:** Fondos que se encuentran autorizados mediante un documento que cuenta con aprobación de



- Hacienda y toma de razón de contraloría.
- **Devengado:** monto ejecutado en relación con los recursos transferidos por la Subsecretaría de Redes Asistenciales a los Servicios de Salud mediante una Resolución de Transferencias.
- **Subtítulo 32:** Anticipos otorgados a proyectos en etapa de inicio de obras.
- **Banco Integrado de Proyectos (BIP):** Sistema de Información administrado por el Ministerio de Desarrollo Social, que contiene las iniciativas de inversión que postulan a financiamiento del Estado. Como tal, este sistema registra los proyectos, programas y estudios básicos que anualmente solicitan financiamiento y que son sometidos a evaluación socioeconómica, siendo una herramienta de apoyo para la toma de decisiones de inversión pública.
- **Reporte de Asignación Presupuestaria:** Reportes que envían los Servicios de Salud en los cuales figura los montos decretados de los proyectos asociados a estos.

5. Nombre del Indicador

19.1 Porcentaje de presupuesto devengado de los subtítulos 29 (circular 33), 31 y 32, en relación con el monto de inversión decretado totalmente tramitado.

6. Meta Nacional año 2023

- Alcanzar un **90,0%** de ejecución de los proyectos de inversión, en relación con los montos de inversión decretado, totalmente tramitado para el periodo.

7. Ficha General del Indicador

Nombre del indicador	19.1 Porcentaje de presupuesto devengado de los subtítulos 29 (circular 33), 31 y 32, en relación con el monto de inversión decretado totalmente tramitado.
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{(Monto del gasto ejecutado (devengado) en proyectos de inversión en el Servicio de Salud, del plan de inversiones establecido en el plan de gobierno en el periodo t / Monto inversión decretada para el periodo t)}}{100} \times 100$
Fuente de datos	1. Numerador: monto devengado informado por el Servicio de Salud el cual es contrastado con información incorporada en SIGFE. 2. Denominador: Montos Decretados (Decretos).

I Corte (enero - junio)	
Número acción	1
Descripción acción	<p>Envío de Informe Financiero que contenga:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pantallazos SIGFE con movimiento efectivo del mes y el acumulado a la fecha relativo a Subtítulo 29 (circular 33) donde aparezca monto devengado y también monto pagado, además deberá remitir planilla Excel respectiva detallando nombre del proyecto, monto decretado y monto devengado. – Pantallazos SIGFE con movimiento efectivo del mes y el acumulado a la fecha relativo a Subtítulos: 31, donde aparezca monto devengado y monto pagado, el cual debe estar abierto por proyecto de inversión e ítem (Gastos Administrativos, Consultorías, Terrenos, Obras Civiles, Equipamiento, Equipos, Vehículos, Otros Gastos). – Reporte de Asignación Presupuestaria en formato PDF por cada proyecto de inversión, extraído del Banco Integrado de Proyectos.



Número acción	2	
Descripción acción	Cumplir con el 15,0% de ejecución financiera de proyectos de inversión del plan de inversiones establecido en el plan de gobierno, respecto de lo decretado para el periodo.	
Medios de verificación	i. Numerador: monto devengado informado por el Servicio de Salud el cual es contrastado con información incorporada en SIGFE. Denominador: Montos Decretados (Decretos).	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	X ≥ 15,0%	100,0%
	X < 15,0%	(100/15) x ejecución acumulada; 100,0%
	- Planilla reporte de seguimiento y control etapas finales (formato que se adjunta).	
Medios de verificación	i. Informe financiero que contenga pantallazo SIGFE y Reporte de Banco Integrado de Proyectos.	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	X = 100,0%	100,0%
	X < 100,0%	0,0%

II Corte (enero - diciembre)		
Número acción	3	
Descripción acción	Envío de Informe Financiero que contenga: <ul style="list-style-type: none"> - Pantallazos SIGFE con movimiento efectivo del mes y el acumulado a la fecha relativo a Subtítulo 29 (circular 33) donde aparezca monto devengado y también monto pagado, además deberá remitir planilla Excel respectiva detallando nombre del Proyecto, monto decretado y monto devengado. - Pantallazos SIGFE con movimiento efectivo del mes y el acumulado a la fecha relativo a Subtítulos: 31, donde aparezca monto devengado y monto pagado, el cual debe estar abierto por proyecto de inversión e ítem (Gastos Administrativos, Consultorías, Terrenos, Obras Civiles, Equipamiento, Equipos, Vehículos, Otros Gastos). - Pantallazos SIGFE Subtitulo 32 y planilla Excel respectiva detallando nombre del proyecto, monto decretado y monto devengado (abierto por subtitulo 001 y 002). - Reporte de Asignación Presupuestaria en formato PDF por cada proyecto de Inversión, extraído del Banco Integrado de Proyectos. - Planilla reporte de seguimiento y control etapas finales (formato que se adjunta). 	
Medios de verificación	i. Informe financiero que contenga pantallazo SIGFE y Reporte de Banco Integrado de Proyectos.	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	X = 100,0%	100,0%
	X < 100,0%	0,0%

Número acción	4	
Descripción acción	Cumplir con el 90,0% de ejecución financiera de proyectos de inversión del plan de inversiones establecido en el plan de gobierno, respecto de lo decretado para el periodo.	
Medios de verificación	Numerador: monto devengado informado por el Servicio de Salud el cual es contrastado con información incorporada en SIGFE. Denominador: Montos Decretados (Decretos).	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado



	X \geq 90,0%	100,0%
	X < 90,0%	(100/90) x ejecución acumulada; 100,0%

8. Consideraciones Técnicas

19.1 Porcentaje de Presupuesto Devengado de los subtítulos 29 (circular 33), 31 y 32, en relación con el monto de inversión decretado totalmente tramitado.

Si bien, este compromiso cuenta con una medición semestral, para el cumplimiento de este, el Servicio de Salud deberá entregar mensualmente el Informe Financiero, que contenga lo siguiente:

1. Pantallazos SIGFE con movimiento efectivo del mes y el acumulado a la fecha relativo a Subtítulo 29 (circular 33), donde aparezca monto devengado y también monto pagado; además, se deberá remitir planilla Excel respectiva detallando nombre del Proyecto, monto decretado y monto devengado.
2. Pantallazos SIGFE con movimiento efectivo del mes y el acumulado a la fecha relativo a Subtítulo: 31, donde aparezca monto devengado y monto pagado, el cual debe estar abierto por proyecto de inversión e ítem (Gastos Administrativos, Consultorías, Terrenos, Obras Civiles, Equipamiento, Equipos, Vehículos, Otros Gastos).
3. Reporte de Asignación Presupuestaria en formato PDF por cada proyecto de Inversión, extraído del Banco Integrado de Proyectos.
4. Planilla reporte de seguimiento y control etapas finales (formato que se adjunta).

**Nota: sólo al finalizar el año ejercicio, cada Servicio de Salud deberá informar la ejecución de Subtítulo 32 a través de pantallazo SIGFE. Además, debe remitir planilla Excel respectiva detallando nombre del proyecto, monto decretado y monto devengado (abierto por subtítulo 001 y 002).*

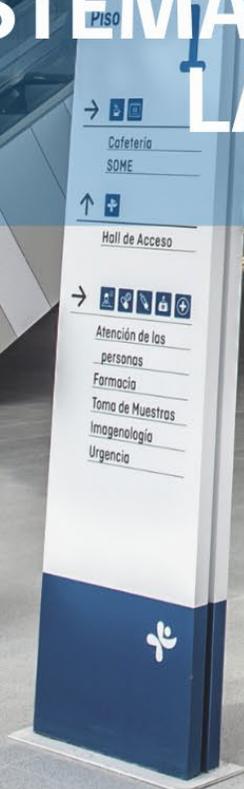


Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile



COMPROMISO DE GESTIÓN N°20 SISTEMA DE GESTIÓN DE COSTOS EN LA RED HOSPITALARIA





Ámbito RISS:	Asignación de Recursos e Incentivos.
Atributo:	14. Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red.

1. Objetivo General

Contar con un sistema de gestión de costos que contenga información oportuna y de calidad a nivel de toda la red hospitalaria.

2. Objetivos Específicos

- Implementar el sistema de gestión de costos en toda la red hospitalaria del país.
- Velar por tener una reportabilidad oportuna y de calidad en el 100% de cada establecimiento que tenga SIGCOM implementado.

3. Marco Referencial

Conocer los gastos asociados a la producción es esencial para cualquier sistema, más si se toma en cuenta que el financiamiento es finito y la demanda puede ser elástica y el uso apropiado y eficiente de los recursos toma gran relevancia.

En el sector salud, se ha avanzado en obtener información de costos mediante la implementación de sistemas que permiten el registro de la información de los gastos asociados a las atenciones de salud, la que se puede monitorear actualmente en SIGCOM, sistema que permite hacer gestión basado en costos y que permite realizar cruces con otras fuentes de información, para un mayor análisis. En la actualidad, el sistema de costos se encuentra implementado a nivel hospitalario en los establecimientos de mediana y alta complejidad, por lo que el desafío a mediano plazo es cubrir la red hospitalaria en su totalidad, bajo el sistema de gestión costos del Ministerio de Salud.

La validación de los reportes (Cubo9) se determinarán por el cumplimiento de Oportunidad y Calidad de éste.

En cuanto a sus consideraciones técnicas, se pueden enunciar las siguientes:

- Los reportes e informes deben ser enviados e individualizados por cada establecimiento, con una periodicidad mensual, bajo el calendario establecido a continuación:

Mes que informa	Mes de Reporte
Enero	31 de marzo
Febrero	31 de marzo
Marzo	28 de abril
Abril	31 de mayo
Mayo	30 de junio
Junio	28 de julio
Julio	31 de agosto
Agosto	29 de septiembre



Septiembre	31 de octubre
Octubre	30 de noviembre
Noviembre	29 de diciembre
Diciembre	02 de febrero 2024

- El reporte o Cubo 9 es un informe gerencial que permite ser descargada desde la plataforma SIGCOM luego de subir toda la información requerida a través de formatos establecidos.
- La validación de los reportes se basa en las definiciones dadas por el equipo SIGCOM MINSAL y el Manual SIGCOM distribuida por éste, de acuerdo con la siguiente pauta:
 - i. Todos los centros de costo (CC) que tengan gastos, también deben presentar producción imputada (salvo Administración y Abastecimiento).
 - ii. Aludiendo al punto anterior, si existe un centro de costo sin producción, este se debe justificar. Los centros de costos de apoyo (CCA) que tenga gastos no pueden estar sin producción. Esta última situación produce un descuadre el cual consiste que el Costo Directo ingresado no es igual a la sumatoria de los totales de los centros de costos finales.
 - iii. Las producciones ingresadas a SIGCOM deben corresponder a las reportadas por REM y no deben tener una diferencia mayor a un 5%.
 - iv. Las imputaciones de gastos deben corresponder al consumo del periodo. La cuadratura del sistema de costeo (SIGCOM) con SIGFE no deben tener una diferencia mayor a un 5% sumando los subtítulos 21 y 22 (la cual se revisará al final del año, no de forma mensual).
 - v. Los Centros de Costos que tienen actividad deben tener sus respectivos gastos. Es decir, no puede haber un CC que tenga producción y no gastos y viceversa (salvo Administración el cual no tiene producción en el sistema de costeo).
 - vi. Los centros de costos (salvo el Centro de Costos Externo) deberían tener gastos de RRHH, Gastos Generales e Insumos si es que tienen actividad. De haber una excepción se debe justificar esta. El Centro de Costo Externo debería tener sólo costos indirectos. De no ser así se debe justificar.
 - vii. Servicio Farmacéutico no debería tener gastos de Medicamentos, salvo aquellos que son dados de baja por vencimiento u otra causal. En ese caso se debe incluir la justificación.
 - viii. Si existiesen costos de medicamentos, material médico quirúrgico, de Central de Esterilización, exámenes u otros gastos que no suponen un gasto necesario para el funcionamiento de Administración, estos costos deben ser justificados.
 - ix. Las compras de camas al extrasistema y las compras de intervenciones quirúrgicas deben asignarse únicamente al centro de costo de Hospitalización o Quirófano de especialidad correspondiente.
 - x. Las compras de servicio que correspondan a horas hombre, donde la actividad se realizó en el establecimiento (paciente no derivado), se deben imputar como RRHH en el sistema de costeo y no en gastos generales.
 - xi. En las Consultas de Especialidad se deben considerar los Totales del REM 7, las consultas por compras de servicio.



- xii. En los centros de Hospitalización sólo colocar los egresos de dichos CC. Aquellos egresos/altas desde las UCI o UTI no deben incluirse en Hospitalización. Las diferencias que pudiesen ocasionar los egresos de las Hospitalizaciones con las del DEIS debido a los egresos por UPC, se considerarán al final de año con el cruce de datos DEIS.
- xiii. Debe haber una cuadratura entre el Costo Directo y el Total de Costos de los centros de costos finales.
- xiv. Todo centro de costo que tenga costo indirecto de Servicio Farmacéutico deberá tener los respectivos costos de Medicamentos.

El Servicio de Salud deberá informar el contacto de cada referente hospitalario de su red, para la coordinación con el equipo MINSAL.

Todo envío y/o comunicación con el equipo SIGCOM MINSAL, deberá realizarse vía correo a sistemadecostos@minsal.cl

4. Definiciones y Terminología

- **SIGCOM:** Sistema de Gestión y Costos MINSAL
- **Manual SIGCOM:** documento que contiene todas las reglas del sistema y descripción de la plataforma y cómo se realiza la carga en ésta.
- **Referente:** funcionario del establecimiento que se hace cargo de la entrega de información en la plataforma y contacto directo con MINSAL.
- **Implementación sistema costos:** configuración de centros de costos en plataforma SIGCOM, habilitación de usuarios y entrega de material correspondiente.
- **Cubo 9:** archivo Excel que entrega el sistema SIGCOM una vez que el establecimiento carga los 5 archivos requeridos.
- **Validación de reporte:** corresponde a la aprobación 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.

5. Nombres de Indicadores

- **20.1** Porcentaje de establecimientos con reportes validados en sistema de costos SIGCOM.
- **20.2** Porcentaje de establecimientos con sistema de costos implementados.

6. Metas Nacionales Año 2023

- Alcanzar un **100,0%** de reportes Cubo 9 validados durante el año 2023 de los establecimientos que se encuentran habilitados en el Sistema de Costos SIGCOM (es decir 12 reportes, uno mensual).
- Implementar SIGCOM en al menos un **33,0%** de los establecimientos del Servicio de Salud, que no tenían este sistema al año 2023.



7. Ficha General de Indicadores

Nombre del indicador	20.1 Porcentaje de establecimientos con reportes validados en sistema de costos SIGCOM
Fórmula de cálculo	$(\text{Número de establecimientos validados en SIGCOM}) / (\text{Total establecimientos hospitalarios del Servicio de Salud con sistema SIGCOM implementado a diciembre año 2022}) \times 100$
Fuente de datos	Certificado elaborado por equipo costeo departamento de eficiencia hospitalaria, división de presupuestos SRA

I Corte (enero - junio)		
Número acción	1	
Descripción acción	Cumplimiento del 100,0% de establecimientos validados en sistema de costos SIGCOM en el Servicio de Salud.	
Medios de verificación	i. Correos y Acta enviado mensualmente por el equipo SIGCOM MINSAL.	
Fórmula de cálculo:	$(\text{Número de establecimientos validados en SIGCOM}) / (\text{Total establecimientos hospitalarios del Servicio de Salud con SIGCOM implementado a diciembre del 2022}) \times 100$ Nota: Se entiende por "establecimientos validados en SIGCOM" aquellos con: i. 6 meses de reportes validados correspondiente al período del corte.	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	$X \geq 100,0\%$	100,0%
	$95,0\% \leq X < 100,0\%$	75,0%
	$90,0\% \leq X < 95,0\%$	50,0%
	$85,0\% \leq X < 90,0\%$	25,0%
	$X < 85,0\%$	0,0%

II Corte (julio-diciembre)		
Número acción	2	
Descripción acción	Cumplimiento del 100,0% de establecimientos validados en sistema de costos SIGCOM en el Servicio de Salud	
Medios de verificación	i. Correos y Acta enviado mensualmente por el equipo SIGCOM MINSAL.	
Fórmula de cálculo:	$(\text{Número de establecimientos validados en SIGCOM}) / (\text{Total establecimientos hospitalarios del Servicio de Salud con SIGCOM implementado a diciembre 2022}) \times 100$ Nota: Se entiende por "establecimientos validados en SIGCOM" aquellos con: i. 6 meses de reportes validados correspondiente al período del corte.	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	$X \geq 100,0\%$	100,0%
	$95,0\% \leq X < 100,0\%$	75,0%
	$90,0\% \leq X < 95,0\%$	50,0%
	$85,0\% \leq X < 90,0\%$	25,0%
	$X < 85,0\%$	0,0%

Nombre del indicador	20.2 Porcentaje de establecimientos con sistema de costos implementados.
Fórmula de cálculo	$(\text{Número de establecimientos que implementan SIGCOM}) / (\text{Total establecimientos hospitalarios del Servicio de Salud sin SIGCOM al año 2023}) \times 100$
Fuente de datos	Certificado elaborado por equipo costeo departamento de eficiencia hospitalaria, división de presupuestos SRA



I Corte (enero-junio)		
Número Acción	1	
Descripción acción	Cumplimiento de las acciones requeridas	
Medios de Verificación	i. Certificado emitido por MINSAL.	
Fórmula de Cálculo:	<p>(Número de establecimientos, en proceso implementación SIGCOM, con completitud de actividades) / (Total establecimientos hospitalarios del Servicio de Salud sin SIGCOM a diciembre 2022) x 100</p> <p>Actividades por realizar:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Envío datos referentes de Servicio de salud y Establecimiento a implementar al 20 de marzo 2023 a sistemadecostos@minsal.cl – Realizar el levantamiento y enviar a MINSAL lista de centros de costo que corresponden al establecimiento respecto su cartera de servicios al 20 de abril a sistemadecostos@minsal.cl – Participar de la capacitación de acuerdo con calendario que establecerá MINSAL. 	
Cálculo del Cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	X ≥ 100,0%	100,0%
	95,0% ≤ X < 100,0%	75,0%
	90,0% ≤ X < 95,0%	50,0%
	85,0% ≤ X < 90,0%	25,0%
	X < 85,0%	0,0%

II Corte (julio -diciembre)		
Número acción	2	
Descripción acción	Cumplimiento del 33,0% de establecimientos validados en sistema de costos SIGCOM en el Servicio de Salud	
Medios de verificación	i. Correos y Acta enviado mensualmente por el equipo SIGCOM MINSAL.	
Fórmula de cálculo:	<p>(Número de establecimientos validados en SIGCOM, que implementan SIGCOM en el año 2023) / (Total establecimientos hospitalarios del Servicio de Salud sin SIGCOM a diciembre 2022) x 100</p> <p>Nota: Se entiende por "establecimientos validados en SIGCOM" aquellos con:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. Últimos 3 reportes del período (octubre, noviembre y diciembre) validado 	
Cálculo del cumplimiento:	Resultado Obtenido	Porcentaje de Cumplimiento Asignado
	X ≥ 33,0%	100,0%
	28,0% ≤ X < 33,0%	75,0%
	23,0% ≤ X < 28,0%	50,0%
	18,0% ≤ X < 23,0%	25,0%
	X < 18,0%	0,0%

**Departamento de Control de Gestión
Subsecretaría de Redes Asistenciales
Ministerio de Salud
2023**

