



Ministerio de  
Salud

Gobierno de Chile



# INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN COMPROMISOS DE GESTIÓN 2024

**Departamento de Control de Gestión  
Subsecretaría de Redes Asistenciales  
Ministerio de Salud  
2024  
Versión 1.0 2024**





## AUTORES

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

Sebastián Cid Alvarado.  
María José Catalán Madriaza.  
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.  
José Villa Catalán.

**Subsecretaría de Redes Asistenciales.  
Gabinete.**

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

Nora Donoso Valenzuela.  
Ana Becerra Widemann.  
Sandra Jordán Díaz.  
Sebastián Jirón González.

**Departamento de Salud Digital.**

María José Letelier.  
Carolina Cunill Leppe.  
Jorge Neira Oyarzo.

**Departamento PRAIS.**

María José Jorquera Gonzalez.

**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 Cofré.  
Patricia Acevedo Loyola.  
Solange Burgos Estrada.  
Anamari Avendaño Arechavala.  
Gisela Acosta Poqué  
Romina Venturino Solar.  
Maureen Gold Semmler.  
Miguel Ulloa Espinoza.  
Silvana González Lopez  
José Rosales Caniumil.  
Claudia Campos Ponce.  
Leonardo Molina Fuentes.  
Pablo Norambuena Mateluna

**Departamento Red de Urgencia**

Paulo Vilches González.  
Ronny Zuñiga Araneda.  
Roberto Araneda Ortega.

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

Rodrigo Casanueva Johnson.  
Eduardo Artiga González.  
Mauricio Bizama Fuentealba.  
Elisa Sepúlveda Alvarado.  
Jessica Villena Gatica.  
Marlene Valenzuela Valdenegro.

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

Pamela Flores Rojas.  
Mauro Orsini Brignole.  
Javiera Fuentes Contreras.  
Ivonne Rebolledo González

**Oficina de Gestión de la Información.**

Natalia Méndez Oyarzo.

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

Carolina Oshiro Riveros.

**División de Atención Primaria.****Departamento de Control de Gestión y Calidad.**

Laura Morlans Huaquin.  
Camilo Becerra Rodríguez.



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

Álvaro Campos Muñoz  
Nanet González Olate.  
Juan Herrera Burott.  
Damaris Meza Lorca.  
Paulina Núñez Venegas.  
Macarena Riquelme Rivera  
Marcela Rivera Medina  
Marcela Rodríguez Romero.  
Nathalie Silva Pizarro.  
Jose Luis Ubiergo  
Verónica Véliz Rojas.  
Pablo Wilhelm del Villar

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

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

Pablo Durán Valenzuela.  
Christian Igor González.  
Marcela Estolaza Fredes.  
Bernardita Palma Piña.

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

Claudia Godoy Cubillos.  
María Isabel Acosta Vásquez.  
Juan Carlos Castro Barichivich.

### **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.

##### **División de Planificación Sanitaria**

Marisol Cofré Albornoz.



## ÍNDICE

Introducción.....	7
Compromiso de Gestión N°1: Proceso Ambulatorio.....	19
Compromiso de Gestión N°2: Programación de actividades y profesionales en la Red asistencial. ....	32
Compromiso de Gestión N°3: Reducción de los tiempos de espera en Consultas nuevas de especialidades médicas.....	38
Compromiso de Gestión N°4: Reducción de los tiempos de espera en Intervenciones quirúrgicas. ....	48
Compromiso de Gestión N°5: Reducción de los tiempos de espera en Consultas nuevas de especialidades odontológicas. ....	58
Compromiso de Gestión N°6: Fortalecimiento de la salud oncológica.....	70
Compromiso de Gestión N°7: Fortalecimiento de la salud mental.....	80
Compromiso de Gestión N°8: Fortalecimiento de la salud en personas mayores.....	87
Compromiso de Gestión N°9: Proceso de atención de urgencia en la Red asistencial.....	96
Compromiso de Gestión N°10: Proceso de Hospitalización. ....	106
Compromiso de Gestión N°11: Proceso Quirúrgico.....	112
Compromiso de Gestión N°12: Prevención y control del VIH.....	122
Compromiso de Gestión N°13: Proceso de donación y trasplante de órganos y tejidos.....	128
Compromiso de Gestión N°14: Diseño de la Red asistencial, protección de niñas, niños y adolescentes .....	135
Compromiso de Gestión N°15: Salud Digital y Sistemas de registro clínicos electrónicos en Salud.....	141
Compromiso de Gestión N°16: Plan de calidad y seguridad en la atención. ....	153
Compromiso de Gestión N°17: Abordaje del ausentismo con enfoque biopsicosocial.....	174
Compromiso de Gestión N°18: Participación ciudadana en la Red asistencial.....	183
Compromiso de Gestión N°19: Ejecución presupuestaria de los proyectos de inversión en la Red asistencial. ....	197
Compromiso de Gestión N°20: Sistema de gestión de costos en la Red hospitalaria. ....	202
Compromiso de Gestión N°21: Fortalecimiento de la salud de la mujer .....	209
Compromiso de Gestión N°22: Enfermedades crónicas no transmisibles.....	217



## Introducción

Los Compromisos de Gestión (COMGES) son una herramienta de control, 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 de 1978, marca un hito en lo referido al enfoque que deben seguir los países del mundo para garantizar la salud y la prestación de servicios sanitarios a toda su población, reiterando que, para lograr el mayor grado de salud, es imperante la coordinación intersectorial y no solo del sector salud. La promoción y protección de la salud de las personas es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de la vida y a alcanzar la paz mundial<sup>1</sup>. Además, reconoce el derecho de las personas a participar de manera individual y colectiva en la planificación y aplicación de su atención en salud.

Para lograr este objetivo, se 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 países<sup>2</sup>, lo que condujo a renovar los esfuerzos y buscar nuevos enfoques y alternativas para cumplir con el mandato.

En el año 2003 - y a 25 años de la declaración de Alma-Ata - la Organización Panamericana de Salud realizó un proceso de reformulación de las estrategias en Atención Primaria. Durante la celebración de su 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 materia<sup>3</sup>. Como producto de lo anterior, en el año 2005 se publica el documento **“La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas”**<sup>4</sup>. En sus orientaciones, se propone como estrategia fundamental los Sistemas de Salud basados en Atención Primaria, la cual incluye los principios fundamentales de la declaración de Alma-Ata, pero además

---

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.

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.



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

Sin embargo, uno de los principales problemas sin resolver, y que afecta directamente el cumplimiento de los objetivos planteados para desarrollar los sistemas de salud basados en Atención Primaria, corresponde al alto nivel de fragmentación que presentan las redes de Servicios de Salud. Debido a que la experiencia acumulada demuestra que la excesiva fragmentación de los Servicios de Salud genera dificultades en el acceso a los servicios, la prestación de servicios de baja calidad técnica, el uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles, un incremento innecesario de los costos de producción, y una baja satisfacción de los ciudadanos con los servicios recibidos<sup>9</sup>, la OPS desarrolló durante el año 2008 un proceso de consultas con los países para tratar el problema de la fragmentación de los Servicios de Salud y las estrategias para abordarla, cuyo producto fue la publicación del documento “Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas”, presentado y aprobado en el 49° 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 (RISS) con un enfoque de salud familiar y comunitario. A su vez, se promueve la formación de recursos humanos en la materia y a la evaluación periódica de la instalación de las Redes Integradas de Servicios de Salud en los sistemas<sup>10</sup>.

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

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 salud<sup>12</sup>. Y como apoyo a la

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), 46° 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, 49° Consejo Directivo, Washington, D.C., EUA, del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2009.

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.



implementación de esta estrategia y al desarrollo de las RISS, en el año 2018 se publica el documento “Hospitales en Redes Integradas de Servicios de Salud. Recomendaciones Estratégicas”, cuyo objetivo principal es presentar las ideas surgidas de la discusión regional sobre el futuro de los hospitales y las nuevas funciones de los hospitales en las RISS. Además, considera y sintetiza, entre otros, los planteamientos del documento Redes integradas de Servicios de salud: el desafío de los hospitales, las discusiones de los talleres de gerentes realizados en 28 países de las Américas, el resultado de diversos encuentros de especialistas y los estudios realizados por la OPS para recoger opiniones de los gestores en determinados países de la Región. También se nutre de experiencias internacionales y buenas prácticas reconocidas en una revisión bibliográfica sistemática sobre la evolución y tendencias futuras del hospital realizada por la Escuela Andaluza de Salud Pública por encargo de la OPS<sup>13</sup>.

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

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

## Redes Integradas de Servicios de Salud

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

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

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



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 hospitalario<sup>1516</sup>.

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

- 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.

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.

## Publicaciones OPS sobre RISS

**2009**  
**Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opiniones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas**



**2011**  
**Redes Integradas de Servicios de Salud. El Desafío de los Hospitales**



**2018**  
**Hospitales en Redes Integradas de Servicios de Salud. Recomendaciones Estratégicas**





— Responde mejor a las necesidades y expectativas de las personas.

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

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

## Marco Legal

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

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

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

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



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.

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

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

Por último, según lo establecido dentro de las funciones competentes al Ministerio de Salud con respecto a la formulación, evaluación y actualización de los lineamientos estratégicos del sector, estos son desarrollados a través del formulario A1 para periodo 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

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

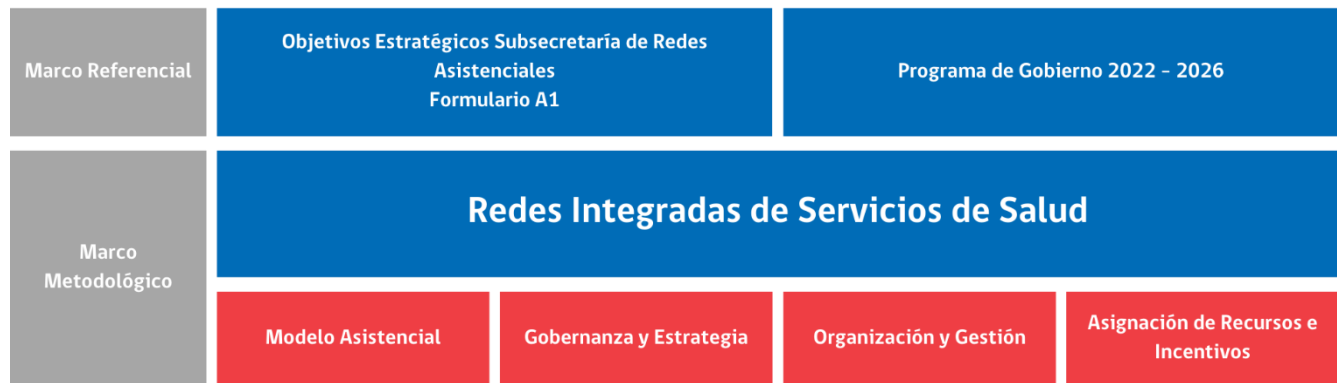


instrumentos de evaluación y control de gestión del sector, el cual será analizado con más detalle en la metodología de formulación de los Compromisos de Gestión para el periodo 2023 – 2026.



## 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 Asistenciales<sup>20</sup>. El cruce entre los objetivos relevantes y estratégicos genera cinco productos estratégicos, dentro de los cuales se encuentran los Compromisos de Gestión. Además, se integra el marco establecido por el 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 Inter sector.
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.
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.

<sup>20</sup> 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.pdf](http://www.dipres.gob.cl/597/articles-290462_doc_pdf.pdf)



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 2024 se realiza semestralmente, los resultados preliminares y finales, serán publicados por la Subsecretaría de Redes Asistenciales en un tablero de información.

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, en fechas establecidas según calendario de cada sistema de información 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 local (documentales), los cuales deben ser entregados por los Servicios de Salud a través del sistema de carpetas compartidas COMGES, u otro que se defina, en los plazos establecidos.
- 2. Evaluación preliminar de 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 locales, enviados por los Servicios de Salud. Una vez concluida la evaluación, será publicada por parte de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- 3. Apelación a los resultados de la preevaluación:** Los Servicios de Salud podrán apelar a los resultados obtenidos en la etapa de preevaluación de los compromisos de gestión. Serán admisibles las justificaciones relacionadas a errores de registro o cálculo de resultado MINSAL y aquellas causas relacionadas a factores externos y ajenos a la gestión del Director de Servicio. 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 en los casos que sea necesario y se publicarán los resultados finales, los cuales tienen el carácter de definitivos y no apelables.

### Metodología de cálculo.

La versión del año 2024 consta de 22 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 4,55% 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 6 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 el proceso clínico y administrativo asociado a la consulta médica en establecimientos ambulatorios de especialidades.	2,28%
		1.2	Porcentaje de cumplimiento de la meta de personas acreditadas como índices de Ley VALECH y familiares acreditados de Ley RETTIG atendidos por el equipo clínico especializado de PRAIS.	2,28%
2	Programación de actividades y profesionales en la red asistencial	2.1	Porcentaje de cumplimiento de la programación de horas y actividades ejecutadas por profesionales médicos, no médicos y odontólogos, en atención secundaria y terciaria de la red asistencial.	4,55%
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 Consulta nueva de especialidad médica con destino APS, en las especialidades de Oftalmología, Ginecología (Climaterio), Otorrinolaringología y Dermatología, ingresados con fecha igual o anterior al 30 de junio del año 2023.	0,76%
		3.2	Porcentaje de cumplimiento de la meta de disminución de días de mediana de espera para Consulta nueva de especialidad médica.	0,76%
		3.3	Porcentaje de casos en Lista de espera de Consulta nueva de especialidad médica, de usuarios del Servicio de Protección Especializada y SENAME, con una antigüedad igual o mayor a 270 días.	0,76%
		3.4	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 2023.	0,76%
		3.5	Porcentaje de disminución de casos en Lista de espera de Consulta nueva de especialidad médica de beneficiarios de la Ley VALECH Y RETTIG ingresados al 31 de diciembre del año 2023.	0,76%
		3.6	Porcentaje de disminución de casos en Lista de espera de consulta nueva de especialidad médica de Exonerados políticos reconocidos por Leyes N°19.234, N°19.582 y N°19.881 y acreditados por el equipo PRAIS, ingresados al 31 de diciembre del año 2023.	0,76%
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 30 de junio del año 2023.	0,76%
		4.2	Porcentaje de cumplimiento de la meta de disminución de días de mediana de espera para Intervenciones Quirúrgicas.	0,76%
		4.3	Porcentaje de casos en Lista de espera para Intervenciones Quirúrgicas, de usuarios del Servicio de Protección Especializada y SENAME, con una antigüedad igual o mayor a 270 días.	0,76%
		4.4	Porcentaje de reducción de los casos sobre el percentil 75 de días de espera para Intervención quirúrgica al 31 de diciembre del año 2023.	0,76%
		4.5	Porcentaje de disminución de casos en Lista de espera de Intervenciones Quirúrgicas de beneficiarios de la Ley VALECH Y RETTIG, ingresados al 31 de diciembre del año 2023.	0,76%
		4.6	Porcentaje de disminución de casos en Lista de espera de Intervenciones Quirúrgicas de Exonerados políticos reconocidos por Leyes N°19.234, N°19.582 y N°19.881 y acreditados por el equipo PRAIS, ingresados al 31 de diciembre del año 2023.	0,76%
5	Reducción de los tiempos de espera en consultas nuevas de especialidades odontológicas	5.1	Porcentaje de cumplimiento de la meta de egresos de la Lista de espera de especialidades odontológicas de endodoncia y prótesis en atención primaria de salud.	0,76%



		5.2	Porcentaje de cumplimiento de la meta de disminución de días de mediana de espera para Consulta nueva de especialidad odontológicas.	0,76%
		5.3	Porcentaje de casos en Lista de espera de Consulta nueva de especialidad odontológica, de usuarios del Servicio de Protección Especializada y SENAME, con una antigüedad igual o mayor a 270 días.	0,76%
		5.4	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 2023.	0,76%
		5.5	Porcentaje de disminución de casos en Lista de espera de Consulta nueva de especialidad odontológica de beneficiarios de la Ley VALECH Y RETTIG ingresados al 31 de diciembre del año 2023.	0,76%
		5.6	Porcentaje de disminución de casos en Lista de espera de consulta nueva de especialidad odontológica de índices Exonerados políticos reconocidos por Leyes N°19.234, N°19.582 y N°19.881 y acreditados por el equipo PRAIS, ingresados al 31 de diciembre de 2023.	0,76%
		6	Fortalecimiento de la salud oncológica	6.1
6.2	Porcentaje de cumplimiento de resolución de garantías GES oncológicas exceptuadas transitorias acumuladas sin prestación en patologías oncológicas en el periodo.			0,91%
6.3	Porcentaje de cumplimiento de metas de reducción de tiempos de espera quirúrgicos por problemas de salud oncológicos No GES en el periodo.			0,91%
6.4	Porcentaje de cumplimiento de presentación de pacientes a Comité Oncológico multidisciplinario.			0,91%
6.5	Porcentaje de cobertura efectiva de vacuna contra el virus de papiloma humano (VPH) en NNA que cursan 4to y 5º año básico.			0,91%
7	Fortalecimiento de la salud mental	7.1	Porcentaje de cumplimiento de las etapas del proceso de mejora continua de la red temática de salud mental.	2,28%
		7.2	Porcentaje de Consultorías y Teleconsultorías de Salud Mental infanto-juvenil recibidas por establecimientos de Atención Primaria de Salud.	2,28%
8	Salud en personas mayores	8.1	Porcentaje de cumplimiento de acciones para el cuidado integral de personas de 65 años o más.	1,52%
		8.2	Porcentaje de cumplimiento de las acciones para el fortalecimiento del programa de Atención Domiciliaria en el periodo.	1,52%
		8.3	Tasa de variación anual de la cobertura de vacunación neumocócica polisacárida e influenza en población objetivo.	1,52%
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 con atención efectiva en el periodo.	1,52%
		9.2	Porcentaje de usuarios que abandonan durante el proceso de atención de urgencia en las unidades de emergencia hospitalaria adulto y pediátrica.	1,52%
		9.3	Porcentaje de cumplimiento del nivel de Atención de plataforma Telefónica 131 SAMU.	1,52%
10	Proceso de hospitalización	10.1	Porcentaje de cumplimiento del plan de mejora sobre gestión y eficiencia del proceso de hospitalización.	1,52%
		10.2	Variación porcentual de EM inlier, en especialidad de medicina interna, del proceso de hospitalización.	1,52%
		10.3	Porcentaje de cumplimiento de la meta de disminución del promedio días de estada en Hospitalización Domiciliaria.	1,52%
11	Proceso quirúrgico	11.1	Porcentaje de cumplimiento de la meta de ambulatorización de cirugías mayores electivas.	1,52%
		11.2	Porcentaje de cumplimiento de las metas de suspensiones quirúrgicas mayores electivas.	1,52%
		11.3	Porcentaje de cumplimiento de producción esperada de cirugías mayores electivas según la capacidad instalada en cada Servicio de Salud.	1,52%
12	Prevención y control del VIH	12.1	Porcentaje de cumplimiento de test visual/rápido programados por establecimientos de atención primaria del Servicio de Salud.	2,28%
		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.	2,28%
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.	2,28%
		13.2	Porcentaje de cumplimiento de la meta 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.	2,28%
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 actividades de Implementación de los Comité de Protección de Infancia y Adolescencia.	2,28%
		14.2	Porcentaje de profesionales con actividad asistencial en servicios pediátricos y adolescentes (atención abierta, atención cerrada, Urgencias hospitalarias, APS (SAPU y SAR), con capacitación vigente en detección de situaciones de sospecha de vulneración de derechos de NNA.	2,28%
15	Salud digital y sistemas de registro clínicos electrónicos en salud	15.1	Porcentaje de derivaciones para teleinformes de mamografía y teleinterconsultas a las Células de especialidad de diabetes, nefrología, geriatría, patología oral y trastornos temporomandibulares de Hospital Digital en el periodo.	1,14%



		15.2	Porcentaje de cierres de casos a las teleinterconsultas resueltas por las Células de especialidad de diabetes, nefrología, geriatría, patología oral y trastornos temporomandibulares en la plataforma de Hospital Digital, realizados antes de 30 días desde su respuesta.	1,14%
		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.	1,14%
		15.4	Porcentaje de cumplimiento de las actividades establecidas en el Plan de diagnóstico vinculado a la Seguridad de la Información y Ciberseguridad.	1,14%
16	Plan de calidad y seguridad en la atención	16.1	Porcentaje de actividades ejecutadas del plan de trabajo correctivo en materia de calidad y seguridad asistencial ejecutada por el Depto. de Calidad del Servicio de Salud y las comunas a través de las direcciones de salud municipal y/o corporaciones, y Servicios de Salud con APS dependiente.	0,91%
		16.2	Porcentaje de establecimientos de atención abierta de baja complejidad con solicitud presentada al proceso de acreditación y/o acreditados, según Decreto GES vigente (Resolución 704 del 14/10/2022).	0,91%
		16.3	Porcentaje de cumplimiento de las actividades definidas en el Plan de implementación de la Norma Técnica sobre prevención de Lesiones por Presión (LPP), en los Servicios de Salud (Res. Ex N°73 de 2023).	0,91%
		16.4	Porcentaje de cumplimiento de la ejecución de requisitos y actividades relativas a los equipos de Programas de Optimización del uso de Antimicrobianos (PROA) en los Servicios de Salud.	0,91%
		16.5	Porcentaje de cumplimiento de la ejecución de requisitos y actividades relativas a los equipos de Programas de Optimización del uso de Antimicrobianos (PROA) en los establecimientos de alta y mediana complejidad.	0,91%
17	Abordaje del ausentismo con enfoque biopsicosocial	17.1	Porcentaje de acciones implementadas del Plan de abordaje del ausentismo con enfoque biopsicosocial.	2,28%
		17.2	Número de días disminuidos del Índice de ausentismo laboral por Licencia médica curativa respecto a lo observado en el año 2023.	2,28%
18	Participación ciudadana en la red asistencial	18.1	Porcentaje de acciones planificadas, ejecutadas y evaluadas contenidas en el Plan trienal de Participación Social y Gestión de Satisfacción Usuaria.	4,55%
19	Ejecución presupuestaria de los proyectos de inversión en la red asistencial	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.	4,55%
20	Sistema de gestión de costos en la red hospitalaria	20.1	Porcentaje de establecimientos con reportes cubo 9 del sistema de costos SIGCOM validados, respecto del total establecimientos hospitalarios del Servicio de Salud con sistema SIGCOM implementado a diciembre del año 2023.	2,28%
		20.2	Porcentaje de establecimientos con SIGCOM implementado, respecto del total de establecimientos definidos para el Servicio de Salud y que no tenían este sistema a diciembre 2023.	2,28%
21	Fortalecimiento de salud de la mujer	21.1	Porcentaje de cumplimiento de las acciones del plan de trabajo anual para aumentar cobertura de tamizaje para cáncer cervicouterino en establecimientos de APS municipales y dependientes de Servicio de Salud.	1,52%
		21.2	Porcentaje de reducción de la tasa global de cesárea por Servicio de Salud con relación a línea base.	1,52%
		21.3	Porcentaje de reducción de casos en Lista de espera de Intervenciones quirúrgicas de incontinencia urinaria femenina.	1,52%
22	Compensación diabetes e hipertensión	22.1	Porcentaje de pacientes compensados de 15 y más años con diagnóstico de Hipertensión arterial en control en establecimientos de atención primaria de salud.	1,14%
		22.2	Porcentaje de pacientes compensados de 15 y más años con diagnóstico de Diabetes Mellitus 2 en establecimientos de atención primaria.	1,14%
		22.3	Porcentaje de variación de personas adultas portadores de Enfermedad renal crónica terminal (ERCT) en Peritoneodiálisis (PD) como terapia de reemplazo renal.	1,14%
		22.4	Porcentaje de variación de personas adultas portadores de Enfermedad renal crónica terminal (ERCT) en Hemodiálisis (HD), que cuentan con fistula arteriovenosa funcionante.	1,14%

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 2024.

# COMPROMISOS DE GESTIÓN 2024

## 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. Fortalecimiento de la 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 asistencial, protección de niños, niñas y adolescentes
21. Fortalecimiento de la salud de la mujer
22. Enfermedades crónicas no trasmisibles



## ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN

15. Salud digital y sistemas de registro clínicos electrónicos en salud
16. Plan de calidad y seguridad en la atención
17. 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



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

## 1. Objetivo general

- Contribuir al acceso oportuno y a la continuidad de los cuidados en salud de los(as) usuarios(as) que requieren atención por profesional médico en los establecimientos ambulatorios de especialidad.
- Fortalecer la respuesta reparatoria en salud en las personas más severamente afectadas por la represión política ejercida por el Estado en el periodo 1973-1990, por equipos clínicos especializados.

## 2. Objetivos específicos

- Promover la asignación de cupos para Consultas Nuevas de Especialidad (CNE) médica estableciendo un mínimo de cumplimiento respecto al total de atenciones realizadas.
- Disminuir el porcentaje de usuarios(as) que No Se Presentan (NSP) a una consulta médica de especialidad agendada.
- Promover que la atención del usuario(a) se realice en el correcto nivel de atención de acuerdo con la complejidad de sus cuidados.
- Promover la coordinación y comunicación tanto clínica como administrativa entre los establecimientos que conforman una red de atención.
- Promover el desarrollo y cumplimiento de protocolos clínicos y administrativos que definan la correcta derivación o referencia entre médicos de especialidad a la CNE.
- Promover la resolución oportuna a la necesidad de salud del(a) usuario(a) que gatilló la referencia hacia el establecimiento ambulatorio de especialidades para que sea contra referido al centro que le corresponda para la continuidad de los cuidados en salud.
- Focalizar y priorizar la atención clínica especializada de los equipos PRAIS en las personas índices reconocidas como víctimas de prisión política y tortura, familiares de ejecutados políticos y familiares de detenidos desaparecidos.

## 3. Marco referencial

Los establecimientos ambulatorios de especialidades a través de sus prestaciones tienen como objetivo generar una oportuna resolución de la(s) necesidad(es) de salud de los usuarios(as) referidos(as) por distintos orígenes, entre los cuales se destacan las derivaciones desde Atención Primaria de Salud (APS) y entre los médicos de especialidad que requieren una evaluación de pertinencia clínica/administrativa, priorización y otorgamiento de la modalidad de atención. Para que estas Solicitudes de Interconsulta (SIC) se realicen de manera efectiva, es necesario mantener un proceso que asegure la continuidad de atención y cuidado de la salud del(a) usuario(a), 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 mantengan una adecuada comunicación y coordinación, de manera formal, a través de sistemas tecnológicos que permitan la fluidez de la información clínica y administrativa a tiempo real de cada usuario(a).

Por otra parte, respecto a la programación de las prestaciones de salud, la atención ambulatoria de especialidades se organiza a través de un sistema de agenda oficial en cada establecimiento donde se traspasa la programación anual y reprogramaciones periódicas 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 especialidades. En el subproceso de Administración y Programación de la Agenda, se debe considerar la asignación de un porcentaje de consultas nuevas de especialidad suficiente que asegure fluidez en el acceso a la primera consulta de los(as) usuarios(as) en este nivel de atención. Por otro lado, en el subproceso “Gestión de citas”, se deben realizar todas las acciones necesarias para asegurar la asistencia del usuario(a) a su cita agendada de manera efectiva, manteniendo así 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 médico de especialidad realice las acciones necesarias para que su cita sea resolutoria con un plan diagnóstico y terapéutico, y una vez que el(la) usuario(a) puede continuar los cuidados en salud en otro nivel de atención, proporcione el alta de la especialidad hacia el establecimiento que corresponda junto a un documento de contrarreferencia.

En otro ámbito de evaluación de este Compromiso de gestión y como es de público conocimiento, el Ministerio de Salud participa activamente en hacer realidad la Política Nacional de Reparación desarrollando un programa especializado denominado Programa de Reparación y Atención Integral en Salud (PRAIS) para la atención en salud física y mental de las personas y familias que fueron afectadas por la represión política ejercida por el estado en el período 1973 – 1990.

La reparación en salud es responsabilidad de todo el Sistema de Salud Pública, donde las personas usuarias pueden, por una parte, acceder de manera gratuita a la atención en salud en toda la red, independiente de su sistema previsional y, por otra parte, acceder a la atención especializada de los Dispositivos PRAIS.

El propósito del PRAIS es contribuir, desde el sector salud a la reparación biopsicosocial que requieren las personas afectadas por la represión política ejercida por el Estado en el período septiembre de 1973 y marzo de 1990, coordinadas dentro del sector salud y con otros sectores del Estado.

Estos Dispositivos están presentes en todos los Servicios de Salud del país, contando con 42 a nivel nacional. Sus principales objetivos son tratar las complicaciones en salud física y mental y disminuir la prevalencia de las consecuencias en la salud de la violencia represiva detectadas en las personas y familias más severamente afectadas por la represión política. Están conformados por equipos multidisciplinarios formados principalmente por médico general, psiquiatra, psicólogo(a) y trabajador(a) social más una administrativo(a) y un coordinador/a PRAIS en el Servicio de Salud.

La reparación en salud debe considerar el hecho de que los problemas de salud física y mental de los afectados, afectadas y sus familiares revisten características especiales que los diferencian de los procesos de enfermedad que afectan a la población general no expuesta a situaciones de violación a los derechos humanos, tales como la prisión política, tortura, desaparición forzada, ejecución, entre otras.



Una condición necesaria para lograr el sentido de reparación en la atención de salud consiste en la oportunidad de las atenciones que reciben los afectados y afectadas por la violación a sus derechos humanos.

#### 4. Definiciones y terminología

Los indicadores de gestión del proceso ambulatorio de especialidades considerados para indicador 1.1 corresponden a los siguientes:

- **NSP:** Porcentaje de usuarios(as) que no se presentan a la cita médica de especialidad previo agendamiento efectivo.
- **Consulta Nueva:** Porcentaje de consultas nuevas efectuadas en el periodo, respecto al total de consultas (nuevas y controles).
- **Pertinencia:** Porcentaje de Solicitudes de Interconsultas (SIC) con origen en Centro Diagnóstico Terapéutico (CDT), Consultorio Adosado de Especialidades (CAE), Centro Referencial de Salud (CRS) y Servicios de Hospitalizados, declaradas como pertinentes por médico especialista al momento de la consulta en el box de atención durante el periodo a evaluar.
- **Alta de especialidad médica:** Porcentaje de usuarios(as) dados de alta de la especialidad en el periodo respecto al total de consultas realizadas en el periodo.
- **Contrarreferencia al alta de especialidad médica:** Porcentaje de contrarreferencias al alta efectuadas en el periodo respecto al total de altas generadas.

Los Servicios de Salud deberán realizar los siguientes pasos para obtener el resultado de este indicador compuesto:

- a) Determinar para cada especialidad que tributa producción en un establecimiento y por cada mes evaluado, el resultado porcentual de los indicadores de No se Presenta, Consulta Nueva, Pertinencia, Alta y Contrarreferencia según las fórmulas de cálculo establecidas en las tablas N°2, N°3 y N°4. Lo anterior se debe replicar para todos los establecimientos ambulatorios de especialidades pertenecientes al Servicio de Salud respectivo.
  - b) Diferenciación y contabilización de las especialidades que cumplen o no cumplen la meta esperada por indicador de gestión en cada uno de los establecimientos del Servicio de Salud respectivo según contenido desarrollado en la columna “meta” de las tablas N°2, N°3 y N°4.
  - c) Desarrollo de la fórmula de cálculo descrita en punto N°7 “Ficha General del Indicador” que representa finalmente el “Porcentaje de cumplimiento de indicadores de gestión relacionados con el proceso clínico y administrativo asociado a la consulta médica en establecimientos ambulatorios de especialidades”.
- **Sistema de Referencia y Contrarreferencia:** Es el conjunto de actividades administrativas y asistenciales, que definen la referencia del usuario desde un establecimiento de salud, usualmente de menor a otro de mayor capacidad resolutoria y la contrarreferencia o retorno de éste a su establecimiento de origen una vez que se da respuesta a su necesidad de salud, con el fin de asegurar la continuidad de atención y cuidado de su salud.
  - **Referencia (sinónimo de derivación):** Es la solicitud de evaluación y atención de un usuario con fines diagnósticos, terapéuticos y/o de rehabilitación desde un establecimiento de salud usualmente de menor capacidad resolutoria a otro de mayor capacidad, con la finalidad de asegurar la



continuidad de la atención del usuario(a) acorde a la complejidad de su necesidad de salud.

- **Contrarreferencia:** Corresponde a la respuesta del especialista respecto de la interconsulta solicitada, la cual considera un resumen de la atención y el plan terapéutico a seguir en el mismo establecimiento o en el establecimiento de origen. Existen dos instancias de contrarreferencia:
  - Contrarreferencia inicial o retorno: Se genera cuando el usuario recibe su primera atención (consulta nueva) y se informa al establecimiento de origen que el usuario fue atendido, se confirma o descarta la hipótesis diagnóstica y se indica el plan de tratamiento a seguir.
  - Contrarreferencia al alta: Se informa al establecimiento referente que el usuario está dado de alta de la necesidad de salud que gatillo su derivación, se señala resumen de las acciones realizadas, confirmación diagnóstica, exámenes y/o tratamientos generados e indicaciones que aseguren la continuidad de la atención.

*(\*) Para efectos de esta evaluación se considerará la “Contrarreferencia al alta”.*

- **Protocolos 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(as) usuarios(as) entre establecimientos de la red asistencial o especialidades, los cuales deben ser elaborados y validados por la Red asistencial donde se aplican.
- **Solicitudes de Interconsulta (SIC):** Corresponde a la derivación de un paciente por parte del médico o profesional tratante a otro profesional sanitario dentro de la red, con el fin de solicitar una atención complementaria con fines diagnósticos, de tratamiento y/o rehabilitación.  
El instrumento mediante el cual se realiza esta solicitud corresponde a una interconsulta, la cual se encuentra constituida por un Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) que considera aspectos clínicos y administrativos necesarios para la continuidad del proceso de atención.
- **Pertinencia:** Proceso que se inicia con la evaluación de la totalidad de Solicitudes de Interconsultas (SIC) y Órdenes de Atención (OA) GES y NO GES, generados por los distintos establecimientos de la Red, ya sea, Atención Primaria de Salud (APS), Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH), Establecimientos Ambulatorios de Especialidad y también las realizadas desde las Unidades de Hospitalización.  
La evaluación de pertinencia se efectúa en dos momentos:
  - Al momento de recepcionar las interconsultas u órdenes de atención en el establecimiento de destino, previo a su priorización.
  - Al momento de la atención del usuario, en el box con el especialista (Médico u odontólogo). En esta instancia se habla de pertinencia de la consulta en box.La evaluación de pertinencia puede entregar como resultado dos estados: pertinente o no pertinente. Un estado de no pertinencia se puede dar por las siguientes razones:
  - Aspectos administrativos como incompletitud de datos, exámenes u otros antecedentes requeridos para realizar la referencia de acuerdo con protocolos establecidos.
  - Definición de establecimiento de destino no acorde con mapa de derivación para la necesidad de salud definida
  - Incumplimiento de criterios de inclusión y exclusión para el abordaje de diagnósticos específicos en el establecimiento de destino de acuerdo con protocolos de referencia y contrarreferencia.



(\*) Para efectos de esta medición, se considerará la pertinencia de la consulta nueva de especialidad realizada por el médico de especialidad en box.

- **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:** Corresponde a un proceso administrativo que se produce cuando un usuario(a), ya ha cumplido con su plan diagnóstico y/o terapéutico en el establecimiento de atención ambulatoria de especialidad y puede retornar a su domicilio y/o continuar sus cuidados en su establecimiento de Atención Primaria de Salud (APS).  
En este ítem también se incluyen las altas administrativas para los casos que el paciente no se presenta (NSP) durante tres citaciones con contacto efectivo de manera seguida en un periodo de 12 meses o por renuncia del paciente a la atención, siempre con un registro de respaldo.
- **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 de este, definiéndose por especialidad y/o facultativo y/o actividad.
- **Agendamiento:** Proceso administrativo a través del cual se asigna una citación a un usuario(a) de acuerdo con la oferta de horas de los(as) profesionales, prioridad clínica y/o lineamientos vigentes. Lo anterior incluye contacto efectivo previo con el usuario(a) y entrega de indicaciones, si corresponde, para que ésta se lleve a cabo.
- **Gestión de citas:** Corresponden a las actividades que tienen por objetivo asegurar la asistencia de los pacientes a su atención de salud para así lograr su acceso y oportunidad.  
Lo anterior, contribuye a realizar una gestión eficiente de la lista de espera junto a sus recursos existentes y también mejorar la satisfacción usuaria.
- **Consulta Nueva de Especialidad (CNE):** Corresponde a la primera atención generada por un médico especialista en el establecimiento ambulatorio de especialidad, la cual constituye la respuesta a una SIC por una situación de salud específica. Esta primera atención por lo general involucra la revisión de antecedentes aportados por la IC y exámenes clínicos adjuntos, entrevista al usuario(a) y examen físico, pudiendo resolverse o no la situación de salud que motivo la derivación.  
Cabe señalar que toda primera atención generada en respuesta a una SIC es considerada una consulta nueva por la especialidad que realiza la atención, aun cuando el usuario(a) haya sido atendido en otra ocasión en la misma especialidad.  
La consulta nueva de especialidad realizada constituye la salida del usuario(a) del Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE) de la red asistencial.
- **No Se Presenta (NSP):** Corresponde al estado en que el usuario no se presenta a su atención de salud, previamente agendada tras contacto efectivo con el usuario(a).  
El alza de este indicador refleja la necesidad de incrementar acciones que aseguren el contacto con el usuario, agendamiento consensuado y la contactabilidad por medio de sistemas que permitan la confirmación de la asistencia a la cita.
- **Ley VALECH:** Persona reconocida por el Estado de Chile como víctima de prisión política y tortura.



- **Ley RETTIG:** Persona reconocida por el Estado de Chile como familiar de persona detenida desaparecida o familiar de persona ejecutada política.
- **Equipo de atención PRAIS:** Equipo especializado para la atención de pacientes acreditados por Ley VALECH, RETTIG y exonerados.
- **Población atendida:** Persona acreditada por Ley VALECH, RETTIG y/o exonerado, que ha tenido al menos una atención con cualquiera de los miembros del equipo clínico especializado PRAIS.

## 5. Nombres de indicadores

- 1.1 Porcentaje de cumplimiento de indicadores de gestión relacionados con el proceso clínico y administrativo asociado a la consulta médica en establecimientos ambulatorios de especialidades.
- 1.2 Porcentaje de cumplimiento de la meta de personas acreditadas como índices de Ley VALECH y familiares acreditados de Ley RETTIG atendidos por el equipo clínico especializado de PRAIS.

## 6. Metas nacionales año 2024

- **≥75,0%** de las especialidades médicas cumplen metas establecidas para los indicadores ambulatorios señalados en tabla N°2, N°3 y N°4.
- Cumplir con la **meta anual asignada** a cada Servicio de Salud de asegurar la atención reparatoria especializada al universo total de personas Ley VALECH y familiares acreditados de Ley RETTIG atendidos por el equipo clínico especializado de PRAIS.

## 7. Ficha general de indicadores

Nombre del indicador	<b>1.1 Porcentaje de cumplimiento de indicadores de gestión relacionados con el proceso clínico y administrativo asociado a la consulta médica en establecimientos ambulatorios de especialidades.</b>																		
Fórmula de cálculo	$\left( \frac{A}{M} * 0,2 + \frac{B}{N} * 0,15 + \frac{C}{\tilde{N}} * 0,15 + \frac{D}{M} 0,3 + \frac{E}{M} * 0,2 \right) * 100$																		
	<table border="1"> <thead> <tr> <th style="background-color: #0056b3; color: white;">LETRA</th> <th style="background-color: #0056b3; color: white;">DEFINICIÓN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;"><b>A</b></td> <td>Sumatoria del número total de especialidades que cumplen con el porcentaje solicitado de CNE en el periodo evaluado según meta definida en Tabla N°3.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>M</b></td> <td>Sumatoria del número total de especialidades que tributan producción en el periodo evaluado.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>B</b></td> <td>Sumatoria del número total de especialidades que cumplen con el porcentaje de pertinencia de las CNE según criterio clínico en box realizado por médico de especialidad de las SIC provenientes de CDT/CRS/CAE/Hospitalizado en el periodo evaluado (≥90,0%).</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>N</b></td> <td>Sumatoria del número total de especialidades que tributan datos de CNE provenientes de CAE/CDT/CRS/Hospitalizado en el periodo evaluado.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>C</b></td> <td>Sumatoria del número total de especialidades que cumplen con el porcentaje de contrarreferencia al alta médica de especialidad realizadas en el periodo evaluado (≥80,0%).</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>Ñ</b></td> <td>Sumatoria del número total de especialidades que registran altas médicas de especialidad en el periodo evaluado.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>D</b></td> <td>Sumatoria del número total de especialidades que cumplen con el porcentaje de alta médica de especialidad realizadas en el periodo evaluado según meta definida en Tabla N°4.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>E</b></td> <td>Sumatoria del número total de especialidades que cumplen con el porcentaje de NSP a consulta médica de especialidad en el periodo evaluado (≤13,0%).</td> </tr> </tbody> </table>	LETRA	DEFINICIÓN	<b>A</b>	Sumatoria del número total de especialidades que cumplen con el porcentaje solicitado de CNE en el periodo evaluado según meta definida en Tabla N°3.	<b>M</b>	Sumatoria del número total de especialidades que tributan producción en el periodo evaluado.	<b>B</b>	Sumatoria del número total de especialidades que cumplen con el porcentaje de pertinencia de las CNE según criterio clínico en box realizado por médico de especialidad de las SIC provenientes de CDT/CRS/CAE/Hospitalizado en el periodo evaluado (≥90,0%).	<b>N</b>	Sumatoria del número total de especialidades que tributan datos de CNE provenientes de CAE/CDT/CRS/Hospitalizado en el periodo evaluado.	<b>C</b>	Sumatoria del número total de especialidades que cumplen con el porcentaje de contrarreferencia al alta médica de especialidad realizadas en el periodo evaluado (≥80,0%).	<b>Ñ</b>	Sumatoria del número total de especialidades que registran altas médicas de especialidad en el periodo evaluado.	<b>D</b>	Sumatoria del número total de especialidades que cumplen con el porcentaje de alta médica de especialidad realizadas en el periodo evaluado según meta definida en Tabla N°4.	<b>E</b>	Sumatoria del número total de especialidades que cumplen con el porcentaje de NSP a consulta médica de especialidad en el periodo evaluado (≤13,0%).
LETRA	DEFINICIÓN																		
<b>A</b>	Sumatoria del número total de especialidades que cumplen con el porcentaje solicitado de CNE en el periodo evaluado según meta definida en Tabla N°3.																		
<b>M</b>	Sumatoria del número total de especialidades que tributan producción en el periodo evaluado.																		
<b>B</b>	Sumatoria del número total de especialidades que cumplen con el porcentaje de pertinencia de las CNE según criterio clínico en box realizado por médico de especialidad de las SIC provenientes de CDT/CRS/CAE/Hospitalizado en el periodo evaluado (≥90,0%).																		
<b>N</b>	Sumatoria del número total de especialidades que tributan datos de CNE provenientes de CAE/CDT/CRS/Hospitalizado en el periodo evaluado.																		
<b>C</b>	Sumatoria del número total de especialidades que cumplen con el porcentaje de contrarreferencia al alta médica de especialidad realizadas en el periodo evaluado (≥80,0%).																		
<b>Ñ</b>	Sumatoria del número total de especialidades que registran altas médicas de especialidad en el periodo evaluado.																		
<b>D</b>	Sumatoria del número total de especialidades que cumplen con el porcentaje de alta médica de especialidad realizadas en el periodo evaluado según meta definida en Tabla N°4.																		
<b>E</b>	Sumatoria del número total de especialidades que cumplen con el porcentaje de NSP a consulta médica de especialidad en el periodo evaluado (≤13,0%).																		



Fuente de datos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- NSP: REM 07 REM 32</li> <li>- Alta médica de especialidad: REM 07 REM 32</li> <li>- Consulta Nueva de Especialidad médica: REM 07 REM 30 REM 32</li> <li>- Contrarreferencia al alta médica de especialidad: REM 07</li> <li>- Pertinencia: REM 07</li> </ul>
-----------------	--

<b>I Corte (enero – junio)</b>													
Número acción	<b>1</b>												
Descripción acción	<p>Los Servicios de Salud deberán aumentar el porcentaje de los indicadores de consulta nueva, alta, contrarreferencia al alta y pertinencia junto con disminuir el porcentaje de NSP de acuerdo con meta establecida.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- CNE: Diferenciado por grupo de especialidades según tabla N°3</li> <li>- Alta médica de especialidad: Diferenciada por grupo de especialidades según tabla N°4</li> <li>- Contrarreferencia al alta: <math>\geq 80,0\%</math></li> <li>- Pertinencia: <math>\geq 90,0\%</math></li> <li>- NSP: <math>\leq 13,0\%</math></li> </ul> <p>Para lograr la meta solicitada, los Servicios de Salud deberán conocer, por especialidad, el comportamiento de cada indicador.</p>												
Medios de verificación	i. Extracción de datos directo desde la referencia ambulatoria a Fuente oficial DEIS: REM A07 + REM A30 + REM A32												
Cálculo del cumplimiento	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="background-color: #0056b3; color: white;">Resultado obtenido</th> <th style="background-color: #0056b3; color: white;">Porcentaje de cumplimiento asignado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;"><math>X \geq 70,0\%</math></td> <td style="text-align: center;"><b>100,0%</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><math>65,0\% \leq X &lt; 70,0</math></td> <td style="text-align: center;"><b>75,0%</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><math>60,0\% \leq X &lt; 65,0\%</math></td> <td style="text-align: center;"><b>50,0%</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><math>55,0\% \leq X &lt; 60,0\%</math></td> <td style="text-align: center;"><b>25,0%</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><math>X &lt; 55,0\%</math></td> <td style="text-align: center;"><b>0,0%</b></td> </tr> </tbody> </table>	Resultado obtenido	Porcentaje de cumplimiento asignado	$X \geq 70,0\%$	<b>100,0%</b>	$65,0\% \leq X < 70,0$	<b>75,0%</b>	$60,0\% \leq X < 65,0\%$	<b>50,0%</b>	$55,0\% \leq X < 60,0\%$	<b>25,0%</b>	$X < 55,0\%$	<b>0,0%</b>
Resultado obtenido	Porcentaje de cumplimiento asignado												
$X \geq 70,0\%$	<b>100,0%</b>												
$65,0\% \leq X < 70,0$	<b>75,0%</b>												
$60,0\% \leq X < 65,0\%$	<b>50,0%</b>												
$55,0\% \leq X < 60,0\%$	<b>25,0%</b>												
$X < 55,0\%$	<b>0,0%</b>												

<b>II Corte (julio – diciembre)</b>													
Número acción	<b>2</b>												
Descripción acción	<p>Los Servicios de Salud deberán velar por que las especialidades médicas cumplan con las metas establecidas en cada grupo para indicadores de consulta nueva y alta, meta de contrarreferencia y NSP.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- CNE: Diferenciado por Grupo de especialidades según tabla N°3.</li> <li>- Alta: Diferenciada por Grupo de especialidades según tabla N°4.</li> <li>- Contrarreferencia: <math>\geq 80,0\%</math>.</li> <li>- Pertinencia: <math>\geq 90,0\%</math>.</li> <li>- NSP: <math>\leq 13,0\%</math></li> </ul> <p>Para lograr la meta solicitada, los Servicios de Salud deberán conocer, por especialidad, el comportamiento de cada indicador.</p>												
Medios de verificación	i. Extracción de datos directo desde la referencia ambulatoria a Fuente oficial DEIS: REM A07 + REM A30 + REM A32.												
Cálculo del cumplimiento	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="background-color: #0056b3; color: white;">Resultado obtenido</th> <th style="background-color: #0056b3; color: white;">Porcentaje de cumplimiento asignado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;"><math>X \geq 75,0\%</math></td> <td style="text-align: center;"><b>100,0%</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><math>70,0\% \leq X &lt; 75,0\%</math></td> <td style="text-align: center;"><b>75,0%</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><math>65,0\% \leq X &lt; 70,0\%</math></td> <td style="text-align: center;"><b>50,0%</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><math>60,0\% \leq X &lt; 65,0\%</math></td> <td style="text-align: center;"><b>25,0%</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><math>X &lt; 60,0\%</math></td> <td style="text-align: center;"><b>0,0%</b></td> </tr> </tbody> </table>	Resultado obtenido	Porcentaje de cumplimiento asignado	$X \geq 75,0\%$	<b>100,0%</b>	$70,0\% \leq X < 75,0\%$	<b>75,0%</b>	$65,0\% \leq X < 70,0\%$	<b>50,0%</b>	$60,0\% \leq X < 65,0\%$	<b>25,0%</b>	$X < 60,0\%$	<b>0,0%</b>
Resultado obtenido	Porcentaje de cumplimiento asignado												
$X \geq 75,0\%$	<b>100,0%</b>												
$70,0\% \leq X < 75,0\%$	<b>75,0%</b>												
$65,0\% \leq X < 70,0\%$	<b>50,0%</b>												
$60,0\% \leq X < 65,0\%$	<b>25,0%</b>												
$X < 60,0\%$	<b>0,0%</b>												



Nombre del Indicador	<b>1.2 Porcentaje de cumplimiento de la meta de personas acreditadas como índices de Ley VALECH y familiares acreditados de Ley RETTIG atendidos por el equipo clínico especializado de PRAIS.</b>
Fórmula de Cálculo	<p style="text-align: center;"><b>Acción 1 y 3</b></p> <p>(Porcentaje de personas acreditadas como índices Ley VALECH atendidas) / (Meta de porcentaje de personas acreditadas como índices Ley VALECH atendidas)</p> <p style="text-align: center;"><b>Acción 2 y 4</b></p> <p>(Porcentaje de personas acreditadas como familiares Ley RETTIG atendidas) / (Meta de porcentaje personas acreditadas como familiares Ley RETTIG atendidas)</p>
Fuente de Datos	Informe de gestión semestral (Glosa N°18).

<b>I Corte (enero-junio)</b>		
Número acción	<b>1</b>	
Descripción acción	Cumplir <b>el 50,0% de la meta</b> asignada a cada Servicio de salud para la priorización de la atención reparatoria especializada al universo total de personas de Ley VALECH por el equipo PRAIS.	
Medios de Verificación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informe semestral con fecha de envío al 31 julio 2024.</li> <li>- El formato para utilizar es el reporte Glosa N°18.</li> <li>- Total de usuarios acreditados por equipo especializado en el periodo reportado a junio 2024.</li> </ul>	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	<b>X ≥ 50,0% meta del corte</b>	<b>100,0%</b>
	<b>40,0% ≤ X &lt; 50,0% meta del corte</b>	<b>75,0%</b>
	<b>30,0% ≤ X &lt; 40,0% meta del corte</b>	<b>50,0%</b>
	<b>20,0% ≤ X &lt; 30,0% meta del corte</b>	<b>25,0%</b>
Número acción	<b>2</b>	
Descripción acción	Cumplir <b>el 50,0% de la meta</b> asignada a cada Servicio de Salud para la priorización de la atención reparatoria especializada al universo total de personas acreditadas como familiares Ley RETTIG en el equipo PRAIS.	
Medios de Verificación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informe semestral con fecha de envío al 31 julio 2024.</li> <li>- El formato para utilizar es el reporte Glosa N°18.</li> <li>- Total de usuarios acreditados por equipo especializado en el periodo reportado a junio 2024.</li> </ul>	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	<b>X ≥ 50,0% meta del corte</b>	<b>100,0%</b>
	<b>40,0% ≤ X &lt; 50,0% meta del corte</b>	<b>75,0%</b>
	<b>30,0% ≤ X &lt; 40,0% meta del corte</b>	<b>50,0%</b>
	<b>20,0% ≤ X &lt; 30,0% meta del corte</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 20,0% meta del corte</b>	<b>0,0%</b>



II Corte (enero-diciembre)		
Número acción	3	
Descripción acción	Cumplir con el <b>90,0% de la meta</b> asignada a cada Servicio de Salud para la priorización de la atención reparatoria especializada al universo total de personas Ley VALECH por equipo PRAIS.	
Medios de Verificación	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Informe semestral con fecha de envío al 31 enero 2025.</li> <li>– El formato para utilizar es el reporte Glosa N°18.</li> <li>– Total de usuarios acreditados por equipo especializado en el periodo reportado a diciembre 2024.</li> </ul>	
Cálculo del cumplimiento	Resultado obtenido	Porcentaje de cumplimiento asignado
	X ≥ 90,0% meta anual	100,0%
	80,0% ≤ X < 90,0% meta anual	75,0%
	70,0% ≤ X < 80,0% meta anual	50,0%
	60,0% ≤ X < 70,0% meta anual	25,0%
Número acción	4	
Descripción acción	Cumplir con el <b>90,0% de la meta</b> asignada a cada Servicio de Salud de para la priorización de la atención reparatoria especializada al universo total de personas acreditadas como familiares Ley RETTIG en el equipo PRAIS.	
Medios de Verificación	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Informe semestral con fecha de envío al 31 enero 2025.</li> <li>– El formato para utilizar es el reporte Glosa N°18.</li> <li>– Total de usuarios acreditados por equipo especializado en el periodo reportado a diciembre 2024.</li> </ul>	
Cálculo del cumplimiento	Resultado obtenido	Porcentaje de cumplimiento asignado
	X ≥ 90,0% meta anual	100,0%
	80,0% ≤ X < 90,0% meta anual	75,0%
	70,0% ≤ X < 80,0% meta anual	50,0%
	60,0% ≤ X < 70,0% meta anual	25,0%
	X < 60,0% meta anual	0,0%

## 8. Consideraciones técnicas

**Indicador 1.1 Porcentaje de cumplimiento de indicadores de gestión relacionados con el proceso clínico y administrativo asociado a la consulta médica en establecimientos ambulatorios de especialidades.**

Para la definición de la meta de cumplimiento para cada indicador de gestión incorporado en la fórmula de cálculo señalado en el punto N°7 correspondiente a la “Ficha General del Indicador”, se realizó un análisis minucioso de diferentes variables por indicador, especialidad y establecimientos ambulatorios de especialidades entre los cuales se destaca la lista de espera, oferta, producción, caracterización, entre otros. En base a lo anterior se define lo siguiente:

- Para los indicadores de **NSP, Pertinencia y Contrarreferencia al alta**, las metas establecidas para cada uno se deben considerar para todas las especialidades que tributan producción en el periodo a evaluar, de acuerdo con lo señalado en la tabla N°2.
- Para los indicadores de **Consulta Nueva de Especialidad (CNE) y Alta médica de especialidad**, las metas establecidas para el cumplimiento fueron diferenciadas en grupos, los cuales incorporan especialidades asociadas que presentan similitudes de acuerdo con análisis efectuado que se representa en las tablas N°3 y N°4.



**Tabla N°2: Nombre, meta establecida, fórmula de cálculo y fuente de datos para los indicadores de NSP, Pertinencia de las SIC y Contrarreferencia al alta de especialidad médica.**

INDICADOR DE GESTIÓN	META	FÓRMULA DE CÁLCULO	FUENTE DE DATOS
No se presenta (NSP) a consulta médica de especialidad	≤ 13,0%	(Número total de NSP en consultas médicas de especialidad agendadas de manera efectiva en el periodo de evaluación/ (Número total de consultas médicas de especialidad realizadas + Número total de NSP en consultas médicas de especialidad agendadas de manera efectiva en el periodo de evaluación)) * 100.	DEIS: REM A07 y A32
Pertinencia de la SIC según criterio clínico del especialista en box	≥ 90,0%	(Número total de CNE pertinentes según criterio clínico en box por médico de especialidad provenientes de CAE CDT/CRS/Hospitalizado en el periodo de evaluación/ Número total de CNE provenientes de CAE/CDT/CRS/Hospitalizado en el periodo de evaluación) * 100	DEIS: REM A07
Contrarreferencia al alta médica de especialidad	≥ 80,0%	(Número total de contrarreferencias realizadas al alta médica de especialidad/ Número total de altas médicas de especialidad realizadas en el periodo de evaluación) * 100	DEIS: REM A07

**Tabla N°3: Indicador de Consulta Nueva de Especialidad (CNE) médica: Identificación de grupo, meta establecida, especialidades que conforman cada grupo, fórmula de cálculo y fuente oficial para la extracción de datos.**

Fuente de datos DEIS: REM A07 + REM A30 + REM A32 Meta de CNE por grupo de especialidades		
<p><b>Grupo 1: CNE ≥ 20,0%</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Endocrinología pediátrica</li> <li>Hematología adulta</li> <li>Infectología adulta</li> <li>Psiquiatría pediátrica y de la adolescencia</li> <li>Psiquiatría adulta</li> <li>Reumatología pediátrica</li> </ul> <p><b>Grupo 2: CNE ≥ 25,0%</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hemato-oncología infantil</li> <li>Broncopulmonar infantil</li> <li>Cirugía plástica y reparadora pediátrica</li> <li>Diabetología</li> <li>Endocrinología adulta</li> <li>Inmunología</li> <li>Medicina familiar</li> <li>Medicina familiar del niño</li> <li>Nefrología adulta</li> <li>Nefrología pediátrica</li> <li>Oncología médica</li> <li>Radioterapia oncológica</li> <li>Reumatología adulta</li> </ul>	<p><b>Grupo 3: CNE ≥ 33,0%</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Broncopulmonar adulto</li> <li>Cirugía de cabeza, cuello y maxilofacial</li> <li>Cirugía plástica y reparadora adulto</li> <li>Cirugía cardiovascular</li> <li>Cirugía tórax</li> <li>Medicina física y rehabilitación adulto</li> <li>Medicina física y rehabilitación pediátrica</li> <li>Gastroenterología pediátrica</li> <li>Ginecología pediátrica y de la adolescencia</li> <li>Infectología pediátrica</li> <li>Medicina familiar adulto</li> <li>Neonatología</li> <li>Neurología adulta</li> <li>Neurología pediátrica</li> <li>Nutriólogo adulto</li> <li>Nutriólogo pediátrico</li> <li>Obstetricia</li> <li>Pediatría</li> <li>Urología pediátrica</li> </ul>	<p><b>Grupo 4: CNE ≥ 40,0%</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cardiología adulta</li> <li>Cardiología pediátrica</li> <li>Cirugía digestiva (alta)</li> <li>Cirugía general adulto</li> <li>Cirugía pediátrica</li> <li>Cirugía vascular periférica</li> <li>Coloproctología</li> <li>Dermatología</li> <li>Gastroenterología adulta</li> <li>Genética clínica</li> <li>Geriatría</li> <li>Ginecología adulta</li> <li>Medicina interna</li> <li>Neurocirugía</li> <li>Oftalmología</li> <li>Otorrinolaringología</li> <li>Traumatología y ortopedia pediátrica</li> <li>Traumatología y ortopedia adulto</li> <li>Urología adulta</li> </ul> <p><b>Grupo 5: CNE ≥ 75,0%</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Anestesiología</li> </ul>



**Tabla N°4: Indicador de Alta médica de especialidad: grupo, meta establecida, fórmula de cálculo y fuente oficial para la extracción de datos**

Meta de Altas médicas de especialidad por grupo de especialidades REM A07 + REM A32.	
<p><b>Grupo 1: Alta <math>\geq</math> 5%</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reumatología adulta</li> <li>• Enfermedad respiratoria del adulto (Broncopulmonar)</li> <li>• Nefrología adulta</li> <li>• Hematología adulta</li> <li>• Endocrinología pediátrica</li> <li>• Enfermedad respiratoria pediátrica (Broncopulmonar infantil)</li> <li>• Inmunología</li> <li>• Nefrología pediátrica</li> <li>• Infectología adulta</li> <li>• Diabetología</li> <li>• Reumatología Pediátrica</li> <li>• Cirugía plástica y reparadora pediátrica</li> </ul> <p><b>Grupo 2: Alta <math>\geq</math> 10%</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Urología adulta</li> <li>• Cardiología adulta</li> <li>• Gastroenterología adulta</li> <li>• Dermatología</li> <li>• Neurocirugía</li> <li>• Neurología pediátrica</li> <li>• Endocrinología adulta</li> <li>• Cirugía digestiva (alta)</li> <li>• Medicina física y rehabilitación adulto (fisiatría adulta)</li> <li>• Coloproctología (cirugía digestiva baja)</li> <li>• Psiquiatría adulta</li> <li>• Psiquiatría pediátrica y de la adolescencia</li> <li>• Cirugía de cabeza, cuello y maxilofacial</li> <li>• Gastroenterología pediátrica</li> <li>• Genética clínica</li> <li>• Cirugía plástica y reparadora adulto</li> <li>• Ginecología pediátrica y de la adolescencia</li> <li>• Urología pediátrica</li> <li>• Nutriólogo pediátrico</li> <li>• Medicina física y rehabilitación pediátrica (fisiatría pediátrica)</li> <li>• Nutriólogo adulto</li> <li>• Hemato-oncología infantil</li> <li>• Oncología médica</li> <li>• Radioterapia oncológica</li> <li>• Medicina familiar del niño</li> </ul>	<p><b>Grupo 3: Alta <math>\geq</math> 14%</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ginecología adulta</li> <li>• Traumatología y Ortopedia adulto</li> <li>• Neurología adulta</li> <li>• Medicina interna</li> <li>• Cirugía vascular periférica</li> <li>• Pediatría</li> <li>• Obstetricia</li> <li>• Geriátrica</li> <li>• Cirugía tórax</li> <li>• Cirugía cardiovascular</li> <li>• Medicina familia</li> <li>• Medicina familiar adulto</li> </ul> <p><b>Meta Grupo 4: Alta <math>\geq</math> 18%</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Otorrinolaringología</li> <li>• Oftalmología</li> <li>• Cirugía general adulto</li> <li>• Cirugía pediátrica</li> <li>• Traumatología y ortopedia pediátrica</li> <li>• Cardiología pediátrica</li> <li>• Neonatología</li> <li>• Infectología pediátrica</li> </ul> <p><b>Meta Grupo 5: Alta <math>\geq</math> 70%</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anestesiología</li> </ul>



- Para el indicador 1.1 se incluyen todos los establecimientos de alta y mediana complejidad, incluyendo los Centros de Referencias de Salud. Se excluyen Institutos de especialidades y establecimientos DFL-36.
- No incluye la especialidad Odontológica.
- Para la evaluación de los indicadores, las especialidades a considerar corresponden a las que cuentan con producción para cada uno de los establecimientos del Servicio de Salud correspondiente y se excluyen las especialidades de medicina nuclear e imagenología.
- El primer y segundo corte debe considerar como resultado a la fórmula de cumplimiento del indicador 1.1 los meses informados en punto N°7 “Ficha General del Indicador”, es decir:
  - Primer corte: corresponde al desarrollo de la fórmula de cumplimiento del indicador 1.1 considerando la sumatoria de los meses de enero a junio, 2024.
  - Segundo corte: corresponde al desarrollo de la fórmula de cumplimiento del indicador 1.1 considerando la sumatoria de los meses de julio a diciembre, 2024.
- Documentos de consulta y apoyo al desarrollo del COMGES: Orientaciones Técnicas al Proceso Gestión de Agenda, año 2020; Documento de Referencia y Contrarreferencia, año 2015; Ordinario N°373. 08 de febrero, año 2021; Manual REM, año 2023.

**Indicador 1.2 Porcentaje de cumplimiento de la meta de personas acreditadas como índices de Ley VALECH y familiares acreditados de Ley RETTIG atendidos por el equipo clínico especializado de PRAIS.**

Para cumplir con la meta del indicador, se propone la realización de diversas actividades como:

- Psicoterapias grupales dirigidas a la población índice de Prisión Política y Tortura y familiares de detenidos desaparecidos o ejecutados políticos.
- Intervención psicosocial grupal dirigidas a la población índice de Prisión Política y Tortura y familiares de detenidos desaparecidos o ejecutados políticos.
- Actividades de educación y promoción de la salud dirigidas a la población índice de Prisión Política y Tortura y familiares de detenidos desaparecidos o ejecutados políticos.
- Operativos preventivos de salud dirigidas a la población índice de Prisión Política y Tortura y familiares de detenidos desaparecidos o ejecutados políticos.



Ministerio de  
Salud

Gobierno de Chile



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



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

## 1. Objetivo general

Optimizar los procesos de gestión y evaluación del cumplimiento de la programación de los profesionales asistenciales, considerando la programación 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

- Potenciar los mecanismos de coordinación y gestión de las redes asistenciales, con optimización de la utilización de las horas profesionales contratadas.
- 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 de 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.

## 3. Marco referencial

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

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

- **Ambulatorio**
  - o **Prod. Médica:** Producción de consultas nuevas y controles médicos.
  - o **Prog. Médica:** Programación de consultas nuevas y controles médicos.
- **Procesos:**
  - o **P1.1 (Peso:0.3):**
    - **Proc.:** Producción de Procedimientos médicos Abierta de los trazadores.
    - **Proc.:** Programación de Procedimientos médicos Abierta de los trazadores.
  - o **P1.2 (Peso:0.35)**
    - **Cx Médica:** Producción de cirugías mayores/menores Electivas.
    - **Cx Médica:** Programación de cirugías mayores/menores Electivas.
  - o **P1.3 (Peso:0.35)**
    - **HD:** Producción de atenciones en hospitalización domiciliaria/Altas.
    - **HD:** Programación atenciones en hospitalización domiciliaria/Altas.
- **Médicas programadas**
  - o **N° E&P. Programadas:** Número de especialidades con programación ambulatoria/procesos realizada.
  - o **N° E&P. con producción:** Número de especialidades con producción/procesos en REM.
- **Programación no médica**
  - o **Prod. No Médica:** Producción de profesionales-tipo no médicos.
  - o **Prog. No Médica:** Programación de profesionales-tipo no médica.
- **No médicas programadas**
  - o **N° P&T. Programadas:** Número total de profesiones-tipo programadas.



- **N° P&T. con producción:** Número total de profesiones-tipo con producción en REM.
- **Descuentos**
  - **N° Espec. con prod. incremental mayor al 10% de lo programado:** Corresponde al número de especialidades, donde la producción realizada sobrepase en un 10% el valor programado.
  - **E&P. Programadas:** Número de especialidades con programación ambulatoria/procesos realizada.
- **T. CNEOd:** Total consultas nuevas especialidad odontológica.
- **T. TtosOd:** Total altas de tratamientos odontológicos.
- **T. P. ImOd:** Total procedimientos de Imagenología oral y maxilofacial.
- **T. CTOd:** Total consultas de especialidad odontológica mediante atención remota.
- **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. Nombre del indicador

**2.1** Porcentaje de cumplimiento de la programación de horas y actividades ejecutadas por profesionales médicos, no médicos y odontólogos, en atención secundaria y terciaria de la red asistencial.

## 6. Meta nacional año 2024

- Alcanzar **≥95,0%** de cumplimiento de la programación de horas y actividades ejecutadas por profesionales médicos y no médicos en atención secundaria y terciaria.
- Alcanzar **≥95,0%** de cumplimiento de la programación de horas y actividades de especialidad ejecutadas por profesionales odontólogos en la Red Asistencial.



## 7. Ficha general de indicadores

Nombre del indicador	<b>2.1 Porcentaje de cumplimiento de la programación de horas y actividades ejecutadas por profesionales médicos, no médicos y odontólogos, en atención secundaria y terciaria.</b>
Fórmula de cálculo	$\left[ \frac{T. Prod. Médica}{T. Prog. Médica} * 0,5 + \frac{Procesos}{T. Prog. Médica} * 0,1 + \frac{N^{\circ} E\&P. programadas}{N^{\circ} E\&p. con producción} * 0,05 \right. \\ \left. + \frac{T. Prod. no Médica P - T}{T. Prog. no Médica P - T} * 0,3 + \frac{N^{\circ} P. \&T programadas}{N^{\circ} P. \&T con producción} * 0,05 \right. \\ \left. - \frac{N^{\circ} Espec. con prod. incremental mayor al 10\% de lo programado}{N^{\circ} E\&P. programadas} * 0,05 \right] * 0.8$ $\left[ \frac{T. CNEOd Ejecutadas}{T. CNEOd Programadas} \cdot 0.40 + \frac{T. TtosOd Ejecutados}{T. TtosOd Programados} \cdot 0.45 \right. \\ \left. + \frac{T.P.ImOd Ejecutados}{T.P.ImOd Programados} \cdot 0.09 + \frac{T.CTOd Ejecutadas}{T.CTOd Programadas} \cdot 0.06 \right] * 0.2$
Fuente de datos	<p>(*) Evaluados en el periodo t</p> <p>-Programación Médica y no médica: REM A04, REM A06, REM A07, REM 21, REM A28, REM A30 y REM 32, REM BS</p> <p>-Programación Especialidades Odontológicas: REM A09 (sección F, F.1 e I), REM A30 (sección D) y REM A32 (sección E.2)</p> <p>Se enviará instructiva vía ordinario a las direcciones de Servicios de Salud, referentes de control de gestión, referentes de programación, referentes de telemedicina, referentes de salud digital y referentes odontológicos con el detalle de las rutas REM 2024, que se utilizarán para la evaluación de horas y actividades presenciales y remotas ejecutadas por profesionales médicos, odontólogos y no médicos de la Red de manera conjunta con Salud Digital.</p>

<b>I Corte (enero-junio)</b>		
Número acción	<b>1</b>	
Descripción acción	Cumplimiento del <b>95,0%</b> de horas y actividades presenciales y remotas programadas por profesionales médicos, no médicos y odontólogos al corte.	
Medios de verificación	i. Plataforma centralizada o planilla Excel de programación de horas y actividades presenciales, remotas y telemedicinas totales de profesionales. ii. Herramienta de Programación de Especialidades Odontológicas 2024.	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	
	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>	
	<b>X ≥ 95,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>90,0% ≤ X &lt; 95,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>85,0% ≤ X &lt; 90,0%</b>	<b>50,0%</b>
<b>80,0% ≤ X &lt; 85,0%</b>	<b>25,0%</b>	
<b>X &lt; 80,0%</b>	<b>0,0%</b>	

<b>II Corte (julio-diciembre)</b>													
Número acción	<b>2</b>												
Descripción acción	Cumplimiento del <b>95,0%</b> de horas y actividades presenciales y remotas programadas por profesionales médicos, no médicos y odontólogos, al corte.												
Medios de verificación	i. Plataforma centralizada o planilla Excel de programación de horas y actividades presenciales, remotas y telemedicinas totales de profesionales. ii. Herramienta de Programación de Especialidades Odontológicas 2024.												
Cálculo del cumplimiento	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%; text-align: center;">Resultado obtenido</th> <th style="width: 50%; text-align: center;">Porcentaje de cumplimiento asignado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;"><b>X ≥ 95,0%</b></td> <td style="text-align: center;"><b>100,0%</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>90,0% ≤ X &lt; 95,0%</b></td> <td style="text-align: center;"><b>75,0%</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>85,0% ≤ X &lt; 90,0%</b></td> <td style="text-align: center;"><b>50,0%</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>80,0% ≤ X &lt; 85,0%</b></td> <td style="text-align: center;"><b>25,0%</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>X &lt; 80,0%</b></td> <td style="text-align: center;"><b>0,0%</b></td> </tr> </tbody> </table>	Resultado obtenido	Porcentaje de cumplimiento asignado	<b>X ≥ 95,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>90,0% ≤ X &lt; 95,0%</b>	<b>75,0%</b>	<b>85,0% ≤ X &lt; 90,0%</b>	<b>50,0%</b>	<b>80,0% ≤ X &lt; 85,0%</b>	<b>25,0%</b>	<b>X &lt; 80,0%</b>	<b>0,0%</b>
Resultado obtenido	Porcentaje de cumplimiento asignado												
<b>X ≥ 95,0%</b>	<b>100,0%</b>												
<b>90,0% ≤ X &lt; 95,0%</b>	<b>75,0%</b>												
<b>85,0% ≤ X &lt; 90,0%</b>	<b>50,0%</b>												
<b>80,0% ≤ X &lt; 85,0%</b>	<b>25,0%</b>												
<b>X &lt; 80,0%</b>	<b>0,0%</b>												



	$X \geq 95,0\%$	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

- Sin subvención entre especialidades.
- Sin subvención entre establecimientos.
- Para la medición del porcentaje de cumplimiento de la programación, sólo se considera la producción hasta el cumplimiento del 100% de lo solicitado al corte, por especialidad.
- Cálculo mensual por cumplir, en función de los días hábiles, según Servicio de Salud.
- Se miden todas las estrategias de atención ambulatoria: Presencial + remota + telemedicina.
- Se miden trazadoras en procesos de atención cerrada y Urgencia
- Establecimiento que no cuenta con alguno de los componentes, el que existe absorbe el total de la ponderación.
- La producción para actividades no programadas, no serán consideradas.
- Para aquellas actividades administrativas que sobrepasen las definiciones de las orientaciones técnicas, podrán ser solicitadas las resoluciones respectivas.
- **Para programación de especialidad médica y no medica:**
  - Se contarán las especialidades, procesos, profesiones y tipo en el denominador. Para los componentes 3 y 5.
  - El segundo componente podría incorporar profesionales no médicos en caso de que el procedimiento pueda ser realizado por ambos profesionales.
- **Para programación de especialidad odontológica:**
  - El universo de profesionales para la programación odontológica considera el 100% de la dotación de cirujanos(as) dentistas dependientes del Servicio de Salud, incluye aquellos que ejecutan actividad de especialidad en los establecimientos de APS.
  - Para programación odontológica, además de lo anterior, no hay subvención entre trazadoras (T. CNEOd, T. TtosOd, P.ImOd y T.CTOd).
- Adicionalmente, deberán considerar las reglas de negocios definidas en los instructivos operativos.

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

- Orientaciones para la Planificación y Programación en Red, 2024. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- Protocolo de Referencia y Contrarreferencia, 2015. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- Protocolos Resolutivos en Red, 2015. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- Orientaciones Técnicas para el Proceso de Gestión de Agendas en Atenciones Ambulatorias de especialidad, 2020. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- Conjunto mínimo de datos en el envío de Interconsultas SIDRA. Ministerio de Salud. Tecnologías de Información y Comunicaciones.
- Protocolos Nacionales Especialidades Odontológicas.



Ministerio de  
Salud

Gobierno de Chile



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



<b>Ámbito RISS:</b>	Modelo Asistencial.
<b>Atributo:</b>	<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 en la resolución de casos de mayor antigüedad y grupos priorizados.

## 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”.
- Disminuir los casos en Lista de Espera para consultas nuevas de especialidades médicas de usuarios del Servicio de Protección Especializada y SENAME (en contextos residenciales).
- Priorizar y resolver las Lista de espera de consulta nueva de especialidad médica en las personas índices reconocidas como víctimas de prisión política y tortura, familiares de ejecutados políticos y familiares de detenidos desaparecidos según las comisiones de verdad (Conocidas como Ley VALECH Y RETTIG), además de personas índices de Ley de Exoneración Política.

## 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 (revisar porcentajes recomendados por especialidad especificados en COMGES 1.1).
- 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.

- Reimplementación de la gestión de casos por los equipos gestores de los Servicios de Salud y los establecimientos de la red para casos GES y No GES, para personas que se encuentran bajo el cuidado del estado en los Servicio de Protección Especializada y SENAME, en el contexto de residenciales, para este universo priorizado de usuarios.
- 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.

En otro ámbito de evaluación de este Compromiso de gestión, el Ministerio de Salud participa activamente en hacer realidad la Política Nacional de Reparación, desarrollando un programa especializado denominado Programa de Reparación y Atención Integral en Salud (PRAIS), para la atención en salud física y mental de las personas y familias que fueron afectadas por la represión política ejercida por el estado en el período 1973 – 1990.

La reparación en salud es responsabilidad de todo el Sistema de salud pública, donde las personas usuarias pueden, por una parte, acceder de manera gratuita a la atención en salud en toda la red, independiente de su sistema previsional y, por otra parte, acceder a la atención especializada de los Dispositivos PRAIS

Una condición necesaria para lograr el sentido de reparación en la atención de salud consiste en la oportunidad de las atenciones que reciben los afectados y afectadas por la violación a sus derechos humanos.

#### 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.
- **Servicio de Protección Especializada:** Servicio público con enfoque intersectorial, sujeto a la fiscalización de la Subsecretaría de la Niñez y que forma parte del Sistema de Garantías y Protección Integral de los Derechos de la Niñez y Adolescencia. Se constituye a partir de la publicación de la Ley N° 21.302. El Ministerio de Desarrollo Social y Familia garantizará el cumplimiento de las normas que rigen la labor del Servicio y los colaboradores acreditados.
- **SENAME:** El Servicio Nacional de Menores (Sename) es un organismo gubernamental centralizado, colaborador del sistema judicial y dependiente del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Desde el día 01 de octubre de 2021, se enfoca exclusivamente al área de justicia y reinserción juvenil, encargándose de la atención de adolescentes y jóvenes que han estado en conflicto con la Ley entre los 14 y 17 años, y que han sido imputados o condenados, por medio de intervenciones oportunas, pertinentes y de calidad en el marco del respeto a sus derechos fundamentales.
- **Lista Servicio de Protección Especializada y SENAME (En contextos residenciales):** Lista de Espera de pacientes SENAME total, que cumplan con criterios de registro en SIGTE a la espera de consultas nuevas de especialidad. Por contextos residenciales se entiende aquellos niños, niñas, adolescentes y jóvenes vigentes en programas residenciales y Familias de Acogida del Servicio de Protección Especializada, y en Centros Privativos de Libertad e Internación Provisoria (CIP-CRC) y Semicerrados de SENAME.
- **Beneficiario Ley VALECH:** Persona reconocida por el Estado de Chile como víctima de prisión política y tortura.
- **Beneficiario Ley RETTIG:** Persona reconocida por el Estado de Chile como familiar de persona detenida desaparecida o familiar de persona ejecutada política.
- **Beneficiario Ley de Exoneración Política:** Persona reconocida por el Estado de Chile como exonerada por expulsión de manera involuntaria en su trabajo por motivos políticos.

## 5. Nombres de indicadores

**3.1** Porcentaje de casos disminuidos de la Lista de espera de Consulta nueva de especialidad médica con destino APS, en las especialidades de Oftalmología, Ginecología (Climaterio), Otorrinolaringología y Dermatología, ingresados con fecha igual o anterior al 30 de junio del año 2023.

**3.2** Porcentaje de cumplimiento de la meta de disminución de días de mediana de espera para Consulta nueva de especialidad médica.

**3.3** Porcentaje de casos en Lista de espera de Consulta nueva de especialidad médica, de usuarios del Servicio de Protección Especializada y SENAME, con una antigüedad igual o mayor a 270 días.

**3.4** 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 2023.

**3.5** Porcentaje de disminución de casos en Lista de espera de Consulta nueva de especialidad médica de beneficiarios de la Ley VALECH Y RETTIG ingresados al 31 de diciembre del año 2023.

**3.6** Porcentaje de disminución de casos en Lista de espera de Consulta nueva de especialidad médica de Exonerados políticos reconocidos por Leyes N°19.234, N°19.582 y N°19.881 y acreditados por el equipo PRAIS, ingresados al 31 de diciembre del año 2023.



## 6. Metas nacionales año 2024

- Resolver el **100,0%** de casos de la Lista de espera de consulta nueva de especialidad médica con destino APS en las especialidades de Oftalmología, Ginecología (Climaterio), Otorrinolaringología y Dermatología, ingresadas con fecha igual o anterior al 30 de junio del año 2023.
- Cumplir el **100,0%** de la meta de mediana de días en espera en Lista de espera de consulta nueva de especialidad médica con destino nivel de especialidad, según meta establecida para cada Servicio de Salud, respecto a su mediana de días de espera al 31 de diciembre 2023.
- Resolver el **100,0%** de casos en Lista de espera de consulta nueva de especialidad médica de usuarios del Servicio de Protección Especializada y SENAME con una antigüedad igual o mayor a 270 días al 31 de diciembre de 2024.
- 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 2023.
- Resolver el **100,0%** de la Lista de espera de consulta nueva de especialidad médica en relación con la línea base para población Ley VALECH Y RETTIG, ingresados al 31 de diciembre del año 2023.
- Resolver el **50,0%** de la Lista de espera de consulta nueva de especialidad médica de índices Exonerados políticos reconocidos por Leyes N°19.234, N°19.582 y N°19.881 y acreditados por el equipo PRAIS, ingresados al 31 de diciembre del año 2023.

## 7. Ficha general de indicadores

Nombre del indicador	<b>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 al 30 de junio de año 2023.</b>
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 ingresados con fecha igual o anterior 30 de junio 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, ingresados con fecha igual o anterior 30 de junio de año 2023) x 100*
Fuente de Datos	*Casos comprometidos se determinarán con el corte de diciembre 2023 Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE).

I Corte (enero – junio)		
Número acción	<b>1</b>	
Descripción acción	Resolución del <b>45,0%</b> de su universo total al 30 de junio de 2024.	
Medios de verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL o sistema nacional definido para estos fines	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	<b>X ≥ 45,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>35,0% ≤ X &lt; 45,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>25,0% ≤ X &lt; 35,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>15,0% ≤ X &lt; 25,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 15,0%</b>	<b>0,0%</b>



II Corte (enero – diciembre)		
Número acción	2	
Descripción acción	Resolución del <b>100,0%</b> de su universo total al 30 de junio de 2024.	
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	<b>3.2 Porcentaje de cumplimiento de la meta de disminución de días de mediana de espera para Consulta Nueva de Especialidad.</b>
Fórmula de Cálculo De aquellos servicios que deben disminuir sus medianas de espera (>200)	(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.
Fórmula de Cálculo De aquellos servicios que deben mantener sus medianas de espera (<200)	100%- ((Mediana de días de espera al corte-Mediana del 31 de diciembre 2023) /Mediana de días de espera al 31 de diciembre del 2023) x 100.
Fuente de Datos	Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE).

I Corte (enero – junio)		
Número acción	1	
Descripción acción	Reducción del <b>45,0%</b> del tiempo en días (o mantención según LB), o mantener la mediana de espera comprometida de su meta total definida para el SS.	
Medios de verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL o sistema nacional definido para estos fines	
Cálculo del cumplimiento De aquellos servicios que deben disminuir sus medianas de espera (>200)	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%
Cálculo del cumplimiento De aquellos servicios que deben mantener sus medianas de espera (≤200)	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	Reducción del <b>100,0%</b> del tiempo en días (o mantención según LB), de la mediana de espera comprometida de su meta total definida para el SS.	
Medios de verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL o sistema nacional definido para estos fines	
Cálculo del cumplimiento De aquellos servicios que deben disminuir sus medianas de espera (>200)	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%
Cálculo del cumplimiento De aquellos servicios que deben mantener sus medianas de espera (≤200)	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%



	$70,0\% \leq X < 80,0\%$	25,0%
	$X < 70,0\%$	0,0%

Nombre del Indicador	<b>3.3 Porcentaje de casos en Lista de espera de Consulta nueva de especialidad médica, de usuarios del Servicio de Protección Especializada y SENAME, con una antigüedad igual o mayor a 270 días.</b>
Fórmula de Cálculo	(Número de casos abiertos de la Lista de espera por Consulta Nueva de Especialidad Médica, correspondientes a casos de usuarios Servicio de Protección Especializada y SENAME con antigüedad igual o mayor 270 días al corte/ total de casos abiertos de la Lista de espera por Consulta Nueva de Especialidad Médica, correspondientes a casos de usuarios Servicio de Protección Especializada y SENAME, al corte) x 100
Fuente de Datos	Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE).

I Corte (enero – junio)		
Número acción	1	
Descripción acción	Máximo 30,0% de casos del Servicio de Protección Especializada y SENAME (En contextos residenciales) con espera mayor a 270 días.	
Medios de verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL o sistema nacional definido para estos fines	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	$X \leq 30,0\%$	100,0%
	$X > 30,0\%$	0,0%

II Corte (enero – diciembre)		
Número acción	2	
Descripción acción	Porcentaje de reducción del <b>100,0%</b> de casos del Servicio de Protección Especializada y SENAME (En contextos residenciales) según la meta definida para SS.	
Medios de verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL o sistema nacional definido para estos fines	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	$X = 0,0\%$	100,0%
	$X > 0,0\%$	0,0%

Nombre del indicador	<b>3.4 Porcentaje de reducción de los casos sobre el percentil 75 de días de espera para consulta nueva de especialidad ingresados al 31 de diciembre del año 2023.</b>
Fórmula de cálculo	(Número de casos disminuidos de la Lista de Espera de CNE sobre percentil 75 al corte 31 de diciembre 2023 / Número total de casos en la Lista de Espera de CNE sobre el percentil 75 al corte del 31 de diciembre 2023) x 100
Fuente de datos	Reporte SIGTE extraído por MINSAL o sistema nacional definido para estos fines

I Corte (enero – junio)		
Número acción	1	
Descripción acción	Resolución del <b>45,0%</b> de su universo total, según la meta definida para SS.	
Medios de verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	$X \geq 45,0\%$	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 <b>90,0%</b> de su universo total según la meta definida para SS.	
Medios de verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL o sistema nacional definido para estos fines	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	$X \geq 90,0\%$	100,0%
	$80,0\% \leq X < 90,0\%$	75,0%
	$70,0\% \leq X < 80,0\%$	50,0%



	<b>60,0% ≤ X &lt; 70,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 60,0%</b>	<b>0,0%</b>

Nombre del Indicador	<b>3.5 Porcentaje de disminución de casos en Lista de espera de Consulta nueva de especialidad médica de beneficiarios de la Ley VALECH Y RETTIG ingresados al 31 de diciembre del año 2023.</b>	
Fórmula de Cálculo	(Número de casos disminuidos de la Lista de espera por consulta nueva de especialidad médica de beneficiarios de Ley VALECH Y RETTIG en el periodo / Número total casos de la Lista de espera por consulta nueva de especialidad médica de beneficiarios de Ley VALECH Y RETTIG al 31 de diciembre 2023) x 100.	
Fuente de Datos	Cruce SIGTE Y PRAIS MINSAL base de datos.	

I Corte (enero – junio)		
Número acción	<b>1</b>	
Descripción acción	Resolución del <b>45,0%</b> Lista de espera por consulta nueva de especialidad médica de beneficiarios de Ley VALECH Y RETTIG.	
Medios de Verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL.	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	<b>X ≥ 45,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>35,0% ≤ X &lt; 45,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>25,0% ≤ X &lt; 35,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>15,0% ≤ X &lt; 25,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 15,0%</b>	<b>0,0%</b>

II Corte (enero – diciembre)		
Número acción	<b>2</b>	
Descripción acción	Resolución del <b>100,0%</b> Lista de espera por consulta nueva de especialidad médica de beneficiarios de Ley VALECH Y RETTIG.	
Medios de Verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL.	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	<b>X ≥ 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>90,0% ≤ X &lt; 100,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>80,0% ≤ X &lt; 90,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>70,0% ≤ X &lt; 80,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 70,0%</b>	<b>0,0%</b>

Nombre del Indicador	<b>3.6 Porcentaje de disminución de casos en Lista de espera de Consulta nueva de especialidad médica de índices Exonerados políticos reconocidos por Leyes N°19.234, N°19.582 y N°19.881 y acreditados por el equipo PRAIS.</b>	
Fórmula de Cálculo	(Número de casos disminuidos de la Lista de espera de Consulta nueva de especialidad médica de índices Exonerados políticos reconocidos por Leyes N°19.234, N°19.582 y N°19.881 y acreditados por el equipo PRAIS en el periodo / Número total casos de la Lista de espera de Consulta nueva de especialidad médica de índices Exonerados políticos reconocidos por Leyes N°19.234, N°19.582 y N°19.881 acreditados por el equipo PRAIS, ingresados al 31 de diciembre 2023) x 100.	
Fuente de Datos	Cruce SIGTE Y PRAIS MINSAL base de datos	

I Corte (Enero – Junio)	
Número acción	<b>1</b>



Descripción acción	Resolución del <b>25,0%</b> Lista de espera de Consulta nueva de especialidad médica de índices Exonerados políticos reconocidos por Leyes N°19.234, N°19.582 y N°19.881 y acreditados por el equipo PRAIS.	
Medios de Verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL.	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	$X \geq 25,0\%$	<b>100,0%</b>
	$20,0\% \leq X < 25,0\%$	<b>75,0%</b>
	$15,0\% \leq X < 20,0\%$	<b>50,0%</b>
	$10,0\% \leq X < 15,0\%$	<b>25,0%</b>
	$X < 10,0\%$	<b>0,0%</b>

<b>II Corte (enero – diciembre)</b>		
Número acción	<b>2</b>	
Descripción acción	Resolución del <b>50,0%</b> Lista de espera de Consulta nueva de especialidad médica de índices Exonerados políticos reconocidos por Leyes N°19.234, N°19.582 y N°19.881 y acreditados por el equipo PRAIS.	
Medios de Verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL.	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	$X \geq 50,0\%$	<b>100,0%</b>
	$40,0\% \leq X < 50,0\%$	<b>75,0%</b>
	$30,0\% \leq X < 40,0\%$	<b>50,0%</b>
	$20,0\% \leq X < 30,0\%$	<b>25,0%</b>
	$X < 20,0\%$	<b>0,0%</b>

## 8. Consideraciones técnicas

- Se entregará línea de base y meta de resolución por cada corte, para los diferentes indicadores de este COMGES.
- El calendario de corte de información será entregado dentro del primer trimestre del año 2024 previo a la evaluación.
- La totalidad de los registros adicionales que son producto de regularizaciones durante el año 2024, 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.
- La fuente oficial para trabajar estos indicadores es el SIGTE.
- Esta meta no incluye la CNE de especialidad Odontológica.
- 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.
- Documentos de consulta y apoyo al desarrollo del COMGES:
  - o Decreto: Aprueba norma técnica sobre estándares de información de Salud.
  - o Resolución Exenta N.º 502, aprueba Norma Técnica 118 y sus modificaciones.
  - o Manual: Procesos de Registro de Lista de Espera no GES.
  - o Mapa de Proceso de atención de salud 2015.
  - o Gestión de Indicaciones 2015.
  - o Atención Ambulatoria de Especialidades 2015.
  - o Manual de Agenda 2020.
- Los traslados coordinados, las casuales 3 vigentes y las postergaciones vigentes al cierre del trimestre, se descuentan específicamente en corte a evaluar.
- 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.
- Estimación de meta de la mediana de días de espera de la Lista de espera de consulta nueva de especialidad:



- Servicios de Salud con Mediana al 31 de diciembre 2023 menor o igual a 200 días, su meta es mantener su mediana de espera, en caso de aumentar dicho porcentaje se descuenta a su 100% de cumplimiento en la escala de cumplimiento.
  - Servicios de Salud con Mediana al 31 de diciembre 2023 mayor a 200 días y menor o igual 290 días su meta es disminuir un 15% su mediana de días de espera.
  - Servicios de Salud con Mediana al 31 de diciembre 2023 mayor a 290 días su meta es disminuir un 30% de mediana de días de espera.
- Los universos de casos priorizados como el Servicio de Protección Especializada y SENAME (En contextos residenciales) serán recalculados en cada trimestre, así reconocer los usuarios que cumplen el criterio y presentan LE Abierta en dichos trimestres, los que serán exigido disminuir en el trimestre posterior. Para el segundo corte, el denominador se recalcula con nuevo corte de Lista de espera SENAME al cierre del tercer trimestre del año en curso.

Respecto del indicador **3.6: Porcentaje de disminución de casos en Lista de espera de consulta nueva de especialidad médica de Exonerados políticos reconocidos por Leyes N°19.234, N°19.582 y N°19.881 y acreditados por el equipo PRAIS, ingresados al 31 de diciembre del año 2023.**

- Para el primer corte no debe quedar ningún caso con antigüedad igual o anterior al 31/12/2020, en caso de no cumplir este requisito el resultado del indicador es 0% de cumplimiento.
- Para el segundo corte no debe quedar ningún caso con antigüedad igual o anterior al 31/12/2021, de ser así el resultado del indicador es 0% de cumplimiento.



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 who is draped in blue. In the background, there are medical monitors and a clock on the wall.

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



<b>Ámbito RISS:</b>	Modelo Asistencial.
<b>Atributo:</b>	<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

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

## 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 casos en “Lista de Espera” por intervenciones quirúrgicas de usuarios del Servicio de Protección Especializada y SENAME (en contextos residenciales).
- 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”.
- Priorizar y resolver las Lista de espera por intervenciones quirúrgicas, en las personas índices reconocidas como víctimas de prisión política y tortura, familiares de ejecutados políticos y familiares de detenidos desaparecidos según las comisiones de verdad (Conocidas como Ley VALECH Y RETTIG), además de personas índices de Ley de Exoneración Política.

## 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.
- Reimplementación de la gestión de casos por los equipos gestores de los Servicios de Salud y los establecimientos de la red para casos GES y No GES para personas que se encuentran bajo el cuidado del estado en los Servicio de Protección Especializada y SENAME, en el contexto de residenciales, para este universo priorizado de usuarios.
- 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.

En otro ámbito de evaluación de este Compromiso de gestión, el Ministerio de Salud participa activamente en hacer realidad la Política Nacional de Reparación, desarrollando un programa especializado denominado Programa de Reparación y Atención Integral en Salud (PRAIS), para la atención en salud física y mental de las personas y familias que fueron afectadas por la represión política ejercida por el estado en el período 1973 – 1990.

La reparación en salud es responsabilidad de todo el Sistema de salud pública, donde las personas usuarias pueden, por una parte, acceder de manera gratuita a la atención en salud en toda la red, independiente de su sistema previsional y, por otra parte, acceder a la atención especializada de los Dispositivos PRAIS

Una condición necesaria para lograr el sentido de reparación en la atención de salud consiste en la oportunidad de las atenciones que reciben los afectados y afectadas por la violación a sus derechos humanos.

#### 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.



- **Servicio de Protección Especializada:** Servicio público con enfoque intersectorial, sujeto a la fiscalización de la Subsecretaría de la Niñez y que forma parte del Sistema de Garantías y Protección Integral de los Derechos de la Niñez y Adolescencia. Se constituye a partir de la publicación de la Ley N° 21.302. El Ministerio de Desarrollo Social y Familia garantizará el cumplimiento de las normas que rigen la labor del Servicio y los colaboradores acreditados.
- **SENAME:** El Servicio Nacional de Menores (Sename) es un organismo gubernamental centralizado, colaborador del sistema judicial y dependiente del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Desde el día 01 de octubre de 2021, se enfoca exclusivamente al área de justicia y reinserción juvenil, encargándose de la atención de adolescentes y jóvenes que han estado en conflicto con la Ley entre los 14 y 17 años, y que han sido imputados o condenados, por medio de intervenciones oportunas, pertinentes y de calidad en el marco del respeto a sus derechos fundamentales.
- **Lista Servicio de Protección Especializada y SENAME (En contextos residenciales):** Lista de Espera de pacientes SENAME total, que cumplan con criterios de registro en SIGTE a la espera de consultas nuevas de especialidad. Por contextos residenciales se entiende aquellos niños, niñas, adolescentes y jóvenes vigentes en programas residenciales y Familias de Acogida del Servicio de Protección Especializada, y en Centros Privativos de Libertad e Internación Provisoria (CIP-CRC) y Semicerrados de SENAME.
- **Ley VALECH:** Persona reconocida por el Estado de Chile como víctima de prisión política y tortura.
- **Ley RETTIG:** Persona reconocida por el Estado de Chile como familiar de persona detenida desaparecida o familiar de persona ejecutada política.
- **Ley de Exoneración Política:** Persona reconocida por el Estado de Chile como exonerada por expulsión de manera involuntaria en su trabajo por motivos políticos.

## 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 30 de junio del año 2023.
- 4.2** Porcentaje de cumplimiento de la meta de disminución de días de mediana de espera para Intervenciones Quirúrgicas.
- 4.3** Porcentaje de casos en Lista de espera para Intervenciones Quirúrgicas, de usuarios del Servicio de Protección Especializada y SENAME, con una antigüedad igual o mayor a 270 días.
- 4.4** Porcentaje de reducción de los casos sobre el percentil 75 de días de espera para Intervención quirúrgica al 31 de diciembre del año 2023.
- 4.5** Porcentaje de disminución de casos en Lista de espera de Intervenciones Quirúrgicas de beneficiarios de la Ley VALECH Y RETTIG, ingresados al 31 de diciembre del año 2023.
- 4.6.** Porcentaje de disminución de casos en Lista de espera de Intervenciones Quirúrgicas de Exonerados políticos reconocidos por Leyes N°19.234, N°19.582 y N°19.881 y acreditados por el equipo PRAIS, ingresados al 31 de diciembre del año 2023.

## 6. Metas nacionales año 2024

- 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 30 de junio 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 su mediana de días de espera al 31 de diciembre 2023.
- Resolver el **100,0%** de casos usuarios del Servicio de Protección Especializada y SENAME (En contextos residenciales) en espera de atención por intervenciones quirúrgicas ingresadas a SIGTE



con espera mayor a 270 días a la fecha de corte.

- 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 2023.
- Resolver el **100,0%** de la Lista de espera en intervenciones quirúrgicas en relación con la línea base para población Ley VALECH y RETTIG.
- Resolver el **50,0%** de la Lista de espera de intervenciones quirúrgicas de índices Exonerados políticos reconocidos por Leyes N°19.234, N°19.582 y N°19.881 y acreditados por el equipo PRAIS.

## 7. Ficha general de indicadores

Nombre del indicador	<b>4.1 Porcentaje de disminución de la Lista de espera por intervenciones quirúrgicas menores electivas en establecimientos de baja complejidad al 30 de junio del año 2023.</b>
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 30 de junio 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 30 de junio 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 <b>45,0%</b> de su universo total al 30 de junio 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
	$X \geq 45,0\%$	<b>100,0%</b>
	$35,0\% \leq X < 45,0\%$	<b>75,0%</b>
	$25,0\% \leq X < 35,0\%$	<b>50,0%</b>
	$15,0\% \leq X < 25,0\%$	<b>25,0%</b>
	$X < 15,0\%$	<b>0,0%</b>

II Corte (enero – diciembre)		
Número acción	2	
Descripción acción	Resolución del <b>100,0%</b> de su universo total al 30 de junio 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
	$X = 100,0\%$	<b>100,0%</b>
	$90,0\% \leq X < 100,0\%$	<b>75,0%</b>
	$80,0\% \leq X < 90,0\%$	<b>50,0%</b>
	$70,0\% \leq X < 80,0\%$	<b>25,0%</b>
	$X < 70,0\%$	<b>0,0%</b>

Nombre del Indicador	<b>4.2 Porcentaje de disminución de la mediana de días de espera por intervenciones quirúrgicas mayores y menores.</b>
Fórmula de Cálculo De aquellos servicios que deben disminuir sus medianas de espera (>200)	(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.
Fórmula de Cálculo De aquellos servicios que deben mantener sus medianas de espera (<=200)	$100\% - ((\text{Mediana de días de espera al corte} - \text{Mediana del 31 de diciembre 2023}) / \text{Mediana de días de espera al 31 de diciembre del 2023}) \times 100$
Fuente de Datos	Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE).



I Corte (enero – Junio)		
Número acción	1	
Descripción acción	Reducción del <b>45,0%</b> del tiempo, en días, o mantener la mediana de espera comprometida de su meta total definida para el SS.	
Medios de verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL o sistema nacional definido para estos fines	
Cálculo del cumplimiento De aquellos servicios que deben disminuir sus medianas de espera (>200)	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	$X \geq 45,0\%$	<b>100,0%</b>
	$35,0\% \leq X < 45,0\%$	<b>75,0%</b>
	$25,0\% \leq X < 35,0\%$	<b>50,0%</b>
	$15,0\% \leq X < 25,0\%$	<b>25,0%</b>
Cálculo del cumplimiento De aquellos servicios que deben mantener sus medianas de espera ( $\leq 200$ )	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	$X \geq 100,0\%$	<b>100,0%</b>
	$90,0\% \leq X < 100,0\%$	<b>75,0%</b>
	$80,0\% \leq X < 90,0\%$	<b>50,0%</b>
	$70,0\% \leq X < 80,0\%$	<b>25,0%</b>
	$X < 70,0\%$	<b>0,0%</b>

II Corte (enero – diciembre)		
Número acción	2	
Descripción acción	Reducción del <b>100,0%</b> del tiempo, en días, o mantener la mediana de espera comprometida de su meta total definida para el SS..	
Medios de verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL o sistema nacional definido para estos fines	
Cálculo del cumplimiento De aquellos servicios que deben disminuir sus medianas de espera (>200)	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	$X \geq 100,0\%$	<b>100,0%</b>
	$90,0\% \leq X < 100,0\%$	<b>75,0%</b>
	$80,0\% \leq X < 90,0\%$	<b>50,0%</b>
	$70,0\% \leq X < 80,0\%$	<b>25,0%</b>
Cálculo del cumplimiento De aquellos servicios que deben mantener sus medianas de espera ( $\leq 200$ )	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	$X \geq 100,0\%$	<b>100,0%</b>
	$90,0\% \leq X < 100,0\%$	<b>75,0%</b>
	$80,0\% \leq X < 90,0\%$	<b>50,0%</b>
	$70,0\% \leq X < 80,0\%$	<b>25,0%</b>
	$X < 70,0\%$	<b>0,0%</b>

Nombre del Indicador	<b>4.3 Porcentaje de casos en Lista de espera para Intervenciones Quirúrgicas, de usuarios del Servicio de Protección Especializada y SENAME, con una antigüedad igual o mayor a 270 días.</b>
Fórmula de Cálculo	(Número de casos abiertos de la Lista de espera por Intervenciones Quirúrgicas, correspondientes a casos de usuarios Servicio de Protección Especializada y SENAME con antigüedad igual o mayor 270 días al corte/ total de casos abiertos de la Lista de espera por Intervenciones Quirúrgicas, correspondientes a casos de usuarios Servicio de Protección Especializada y SENAME, al corte) x 100
Fuente de Datos	Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE).



I Corte (enero – Junio)		
Número acción	1	
Descripción acción	Máximo <b>30,0%</b> de casos del Servicio de Protección Especializada y SENAME (En contextos residenciales) con espera mayor a 270 días.	
Medios de Verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL o sistema nacional definido para estos fines	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	$X \leq 30,0\%$	<b>100,0%</b>
	$X > 30,0\%$	<b>0,0%</b>

II Corte (enero – diciembre)		
Número acción	2	
Descripción acción	<b>0,0%</b> de casos del Servicio de Protección Especializada y SENAME (En contextos residenciales) con espera mayor a 270 días.	
Medios de Verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL o sistema nacional definido para estos fines	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	$X = 0,0\%$	<b>100,0%</b>
	$X > 0,0\%$	<b>0,0%</b>

Nombre del indicador	<b>4.4 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 2023.</b>
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 2023 / Número total de casos en la Lista de Espera de intervenciones quirúrgicas electivas sobre el percentil 75 al corte del 31 de diciembre 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 <b>45,0%</b> de su universo total según la meta definida para SS.	
Medios de verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL o sistema nacional definido para estos fines	
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 2023 / Número total de casos en la Lista de Espera de intervenciones quirúrgicas electivas sobre el percentil 75 al corte del 31 de diciembre 2023) x 100	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	$X \geq 45,0\%$	<b>100,0%</b>
	$35,0\% \leq X < 45,0\%$	<b>75,0%</b>
	$25,0\% \leq X < 35,0\%$	<b>50,0%</b>
	$15,0\% \leq X < 25,0\%$	<b>25,0%</b>
	$X < 15,0\%$	<b>0,0%</b>

II Corte (enero – diciembre)		
Número acción	2	
Descripción acción	Resolución del <b>90,0%</b> de su universo total según la meta definida para SS.	
Medios de verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL o sistema nacional definido para estos fines	
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 2023 / Número total de casos en la Lista de Espera de intervenciones quirúrgicas electivas sobre el percentil 75 al corte del 31 de diciembre 2023) x 100	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	$X \geq 90,0\%$	<b>100,0%</b>
	$80,0\% \leq X < 90,0\%$	<b>75,0%</b>
	$70,0\% \leq X < 80,0\%$	<b>50,0%</b>
	$60,0\% \leq X < 70,0\%$	<b>25,0%</b>
	$X < 60,0\%$	<b>0,0%</b>



Nombre del Indicador	<b>4.5 Porcentaje de disminución de casos en Lista de espera de Intervenciones Quirúrgicas de beneficiarios de la Ley VALECH Y RETTIG ingresados al 31 de diciembre del año 2023.</b>
Fórmula de Cálculo	(Número de casos disminuidos de la Lista de espera de Intervenciones Quirúrgicas de beneficiarios de Ley VALECH Y RETTIG ingresados al 31 de diciembre del año 2023, en el periodo / Número total casos de la Lista de espera de Intervenciones Quirúrgicas de beneficiarios de Ley VALECH Y RETTIG al 31 de diciembre 2023) x 100.
Fuente de Datos	Cruce SIGTE Y PRAIS MINSAL base de datos.

I Corte (enero – junio)		
Número acción	1	
Descripción acción	Resolución del <b>45,0%</b> Lista de espera de Intervenciones Quirúrgicas de beneficiarios de Ley VALECH Y RETTIG.	
Medios de Verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL.	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	<b>X ≥ 45,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>35,0% ≤ X &lt; 45,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>25,0% ≤ X &lt; 35,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>15,0% ≤ X &lt; 25,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 15,0%</b>	<b>0,0%</b>

II Corte (enero – diciembre)		
Número acción	2	
Descripción acción	Resolución del <b>100,0%</b> Lista de espera de Intervenciones Quirúrgicas de beneficiarios de Ley VALECH Y RETTIG	
Medios de Verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL.	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	<b>X &gt; 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>90,0% ≤ X &lt; 100,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>80,0% ≤ X &lt; 90,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>70,0% ≤ X &lt; 80,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 70%</b>	<b>0,0%</b>

Nombre del Indicador	<b>4.6 Porcentaje de disminución de casos en Lista de espera de Intervenciones Quirúrgicas de Exonerados políticos reconocidos por Leyes N°19.234, N°19.582 y N°19.881 y acreditados por el equipo PRAIS, ingresados al 31 de diciembre del año 2023.</b>
Fórmula de Cálculo	(Número de casos disminuidos de la Lista de espera de Intervenciones Quirúrgicas de índices Exonerados políticos reconocidos por Leyes N°19.234, N°19.582 y N°19.881 y acreditados por el equipo PRAIS en el periodo / Número total casos de la Lista de espera de Intervenciones Quirúrgicas de índices Exonerados políticos reconocidos por Leyes N°19.234, N°19.582 y N°19.881 y acreditados por el equipo PRAIS al 31 de diciembre 2023) x 100.
Fuente de Datos	Cruce SIGTE Y PRAIS MINSAL base de datos

I Corte (enero – junio)		
Número acción	1	
Descripción acción	Resolución del <b>25,0%</b> Lista de espera de Intervenciones Quirúrgicas de índices Exonerados políticos reconocidos por Leyes N°19.234, N°19.582 y N°19.881 y acreditados por el equipo PRAIS.	
Medios de Verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL.	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	<b>X ≥ 25,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>20,0% ≤ X &lt; 25,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>15,0% ≤ X &lt; 20,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>10,0% ≤ X &lt; 15,0%</b>	<b>25,0%</b>



	<b>X &lt; 10,0%</b>	<b>0,0%</b>
<b>II Corte (enero – diciembre)</b>		
Número acción	<b>2</b>	
Descripción acción	Resolución del <b>50,0%</b> Lista de espera de Intervenciones Quirúrgicas de índices Exonerados políticos reconocidos por Leyes N°19.234, N°19.582 y N°19.881 y acreditados por el equipo PRAIS.	
Medios de Verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL.	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	<b>X ≥ 50,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>40,0% ≤ X &lt; 50,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>30,0% ≤ X &lt; 40,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>20,0% ≤ X &lt; 30,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 20,0%</b>	<b>0,0%</b>

## 8. Consideraciones técnicas

- Se entregará línea de base y metas de resolución por cada indicador.
- La totalidad de los registros adicionales que son producto de regularizaciones durante el año 2024, 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.
- El calendario de corte de información será entregado dentro del primer trimestre del año 2024 previo a la evaluación.
- La fuente oficial para trabajar estos indicadores es el SIGTE.
- El cumplimiento del trabajo realizado para los COMGES se encuentra bajo el marco normativo vigente de gestión de Listas de Espera no GES, exigiendo la veracidad, oportunidad y completitud de la información declarada en SIGTE y sus respectivos respaldos de gestión.
- Documentos de consulta y apoyo al desarrollo del COMGES:
  - o Decreto: Aprueba norma técnica sobre estándares de información de Salud.
  - o Resolución Exenta N°502, aprueba Norma Técnica 118 y sus modificaciones.
  - o Manual: Procesos de Registro de Lista de Espera no GES.
  - o Mapa de Proceso de atención de salud 2015.
  - o Gestión de Indicaciones 2015.
  - o Atención Ambulatoria de Especialidades 2015.
  - o Manual de Agenda 2020.
- Los traslados coordinados, los casos en casuales 3 y las postergaciones vigentes al cierre del trimestre, se descuentan específicamente en corte a evaluar.
- Monitoreo mensual de la mediana de tiempos de espera será informada mensualmente a los Servicios de Salud, con el desfase acorde a la tributación de información y cierre de mes.
- 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.
- Estimación de meta de la mediana de días de espera de la Lista de espera de intervenciones quirúrgicas:
  - o Servicios de Salud con Mediana al 31 de diciembre 2023 menor o igual a 200 días, su meta es mantener su mediana de espera, en caso de aumentar dicho porcentaje se descuenta a su 100% de cumplimiento en la escala de cumplimiento.
  - o Servicios de Salud con Mediana al 31 de diciembre 2023 mayor a 200 días y menor o igual 290 días su meta es disminuir un 15% su mediana de días de espera.
  - o Servicios de Salud con Mediana al 31 de diciembre 2023 mayor a 290 días su meta es disminuir un 30% de mediana de días de espera.
- Los universos de casos priorizados como el Servicio de Protección Especializada y SENAME (En contextos residenciales) serán recalculados en cada trimestre, así reconocer los usuarios que cumplen el criterio y presentan LE Abierta en dichos trimestres, los que serán exigido egresar en el trimestre posterior.



Respecto del indicador **4.6: Porcentaje de disminución de casos en Lista de espera por Intervenciones Quirúrgicas de Exonerados políticos reconocidos por Leyes N°19.234, N°19.582 y N°19.881 y acreditados por el equipo PRAIS, ingresados al 31 de diciembre del año 2023.**

- Para el primer corte no debe quedar ningún caso con antigüedad igual o anterior al 31/12/2020, en caso de no cumplir este requisito el resultado del indicador es 0% de cumplimiento.
- Para el segundo corte no debe quedar ningún caso con antigüedad igual o anterior al 31/12/2021, de ser así el resultado del indicador es 0% de cumplimiento.



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**



<b>Ámbito RISS:</b>	Modelo Asistencial.
<b>Atributo:</b>	<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

Mejorar el funcionamiento y coordinación de la atención en los distintos niveles de la Red Asistencial odontológica, para otorgar atención en tiempo oportuno a las personas que requieren una consulta nueva de especialidad odontológica, con foco en la resolución de casos de mayor antigüedad y grupos priorizados.

## 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.
- Disminuir los “Tiempos de Espera” por consulta nueva de especialidad odontológica.
- Disminuir los casos en Lista de Espera para especialidades odontológicas de usuarios del Servicio de Protección Especializada y SENAME (En contextos residenciales), con una antigüedad igual o mayor a 270 días de espera.
- Priorizar la resolución de casos de pacientes con mayor antigüedad en las “Listas de Espera”.
- Priorizar y resolver las Lista de espera de consulta nueva de especialidad médica en las personas índices reconocidas como víctimas de prisión política y tortura, familiares de ejecutados políticos y familiares de detenidos desaparecidos según las comisiones de verdad (Conocidas como Ley VALECH Y RETTIG), e índices de Ley de Exoneración Política.

## 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.

A continuación, se señalan algunas acciones que permiten fortalecer los procesos clínicos y administrativos de los establecimientos a través de la optimización de la oferta institucional:

- Monitoreo mensual de la programación de profesionales odontólogos que ejecutan especialidad en la Red.
- Gestión de agenda de acuerdo con tiempos de resolución estandarizados por especialidad.
- Adaptación, validación e implementación de protocolos nacionales de referencia y contrarreferencia de especialidades odontológicas.
- Instalación de un modelo de contraloría clínica y administrativa en los establecimientos de origen que asegure la pertinencia en la referencia de la atención de especialidad odontológica.
- Instalación del subproceso de priorización y categorización en el nivel de atención de especialidades odontológicas.
- 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 mediante estrategias de Telemedicina.
- Desarrollo estrategias de “Rondas de Especialistas en Red”.
- Gestión para el registro oportuno, actualizado y según normativa vigente de los casos en “Lista de Espera No Ges de consulta de especialidad odontológica” que se transparentan en el Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE).

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

- Orientaciones para la Planificación y Programación en Red, 2024. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- Orientaciones Técnicas para el Proceso de Gestión Agendas en Atenciones Ambulatorias de Especialidad, 2020. 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 Especialidades Odontológicas, 2019-2022. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Gestión de Redes Asistenciales. Departamento de Odontología.

Por último, la reimplementación de la gestión de casos por los equipos gestores de los Servicios de Salud y los establecimientos de la red para casos GES y No GES para personas que se encuentran bajo el cuidado del estado en los Servicio de Protección Especializada y SENAME, en el contexto de residenciales, para este universo priorizado de usuarios.

En otro ámbito de evaluación de este Compromiso de gestión, el Ministerio de Salud participa activamente en hacer realidad la Política Nacional de Reparación, desarrollando un programa especializado denominado Programa de Reparación y Atención Integral en Salud (PRAIS), para la atención en salud física y mental de las personas y familias que fueron afectadas por la represión política ejercida por el estado en el período 1973 – 1990.

La reparación en salud es responsabilidad de todo el Sistema de salud pública, donde las personas usuarias pueden, por una parte, acceder de manera gratuita a la atención en salud en toda la red,



independiente de su sistema previsional y, por otra parte, acceder a la atención especializada de los Dispositivos PRAIS

Una condición necesaria para lograr el sentido de reparación en la atención de salud consiste en la oportunidad de las atenciones que reciben los afectados y afectadas por la violación a sus derechos humanos.

#### 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.
- **Servicio de Protección Especializada:** Servicio público con enfoque intersectorial, sujeto a la fiscalización de la Subsecretaría de la Niñez y que forma parte del Sistema de Garantías y Protección Integral de los Derechos de la Niñez y Adolescencia. Se constituye a partir de la publicación de la Ley N° 21.302. El Ministerio de Desarrollo Social y Familia garantizará el cumplimiento de las normas que rigen la labor del Servicio y los colaboradores acreditados.
- **SENAME:** El Servicio Nacional de Menores (Sename) es un organismo gubernamental centralizado, colaborador del sistema judicial y dependiente del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Desde el día 01 de octubre de 2021, se enfoca exclusivamente al área de justicia y reinserción juvenil, encargándose de la atención de adolescentes y jóvenes que han estado en conflicto con la Ley entre los 14 y 17 años, y que han sido imputados o condenados, por medio de intervenciones oportunas, pertinentes y de calidad en el marco del respeto a sus derechos fundamentales.
  - **Lista Servicio de Protección Especializada y SENAME (En contextos residenciales):** Lista de Espera de pacientes SENAME total, que cumplan con criterios de registro en SIGTE a la espera de consultas de especialidad odontológica. Por contextos residenciales se entiende aquellos niños, niñas, adolescentes y jóvenes vigentes en programas residenciales y Familias de Acogida del Servicio de Protección Especializada, y en Centros Privativos de Libertad e Internación Provisoria (CIP-CRC) y Semicerrados de SENAME.
  - **Ley VALECH:** Persona reconocida por el Estado de Chile como víctima de prisión política y tortura.
  - **Ley RETTIG:** Persona reconocida por el Estado de Chile como familiar de persona detenida desaparecida o familiar de persona ejecutada política.
  - **Ley de Exoneración Política:** Persona reconocida por el Estado de Chile como exonerada por



expulsión de manera involuntaria en su trabajo por motivos políticos.

## 5. Nombres de indicadores

- 5.1 Porcentaje de cumplimiento de la meta de egresos de la Lista de espera de especialidades odontológicas de endodoncia y prótesis en atención primaria de salud.
- 5.2 Porcentaje de cumplimiento de la meta de disminución de días de mediana de espera para Consulta nueva de especialidad odontológicas.
- 5.3 Porcentaje de casos en Lista de espera de Consulta nueva de especialidad odontológica, de usuarios del Servicio de Protección Especializada y SENAME, con una antigüedad igual o mayor a 270 días.
- 5.4 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 2023.
- 5.5 Porcentaje de disminución de casos en Lista de espera de Consulta nueva de especialidad odontológica de beneficiarios de la Ley VALECH Y RETTIG ingresados al 31 de diciembre del año 2023.
- 5.6 Porcentaje de disminución de casos en Lista de espera de consulta nueva de especialidad odontológica de índices Exonerados políticos reconocidos por Leyes N°19.234, N°19.582 y N°19.881 y acreditados por el equipo PRAIS, ingresados al 31 de diciembre de 2023.

## 6. Metas nacionales año 2024

- Obtener un **27,0%** de resolución por APS de la Lista de espera para atención de especialidad odontológica de endodoncia y prótesis removible.
- Cumplir el **100,0%** de la meta de mediana de días en espera en Lista de espera de consultas nuevas de especialidades odontológicas, con destino nivel de especialidad, según meta establecida para cada Servicio de Salud, respecto a su mediana de días de espera al 31 de diciembre 2023.
- Resolver el **100,0%** de casos usuarios del Servicio de Protección Especializada y SENAME (En contextos residenciales) en espera de atención por especialidad odontológica ingresadas a SIGTE con espera mayor a 270 días al 31 de diciembre de 2023.
- 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 2023.
- Resolver el **100,0%** de la Lista de espera en consulta nueva de especialidad odontológica en relación con la línea base para población Ley VALECH y RETTIG.
- Resolver el **50,0%** de la Lista de espera de consulta nueva de especialidad odontológica de índices Exonerados políticos reconocidos por Leyes N°19.234, N°19.582 y N°19.881 y acreditados por el equipo PRAIS.



## 7. Ficha general de indicador

Nombre del indicador	<b>5.1 Porcentaje de cumplimiento de la meta de egresos de la Lista de espera de especialidades odontológicas de endodoncia y prótesis en atención primaria de salud.</b>
Fórmula de cálculo	<p><b>Número de casos egresados de Lista de espera de especialidades odontológicas de endodoncia y prótesis removible, por APS / (Lista de espera abierta de las especialidades de endodoncia y prótesis removible + Número de casos egresados de Lista de espera de especialidades odontológicas de endodoncia y prótesis removible, por APS) x 100</b></p> <p>Consideraciones para fijar la meta:            Si el Servicio de Salud presentó un porcentaje <b>mayor a 35,0%, a diciembre de 2023</b> de egresos de la Lista de Espera de Especialidades Odontológicas de endodoncia y prótesis removible en APS según la fórmula de cálculo, <b>debe al menos fijar su meta en 35,0%</b>.</p> <p>Si el Servicio de Salud presentó un porcentaje entre <b>un 27,0% y un 35,0% a diciembre de 2023</b>, de egresos de la Lista de Espera de Especialidades Odontológicas de endodoncia y prótesis removible en APS según la fórmula de cálculo, <b>debe al menos mantener el porcentaje obtenido el 2023</b>.</p> <p>Si el Servicio de Salud presentó un porcentaje <b>menor a un 27,0% a diciembre de 2023</b>, de egresos de la Lista de Espera de Especialidades Odontológicas en APS de endodoncia y prótesis removible según la fórmula de cálculo, <b>deberá avanzar al menos un 50,0% de la brecha entre su línea base 2023 y la meta nacional (27%)</b>.</p>
Fuente de datos	Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE).

I Corte (enero – junio)											
Número acción	1										
Descripción acción	<p>Envío de 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 de Especialidades Odontológicas de endodoncia y prótesis removible por APS, según lo establecido en las Consideraciones técnicas de este indicador, a más tardar el 30 de abril del año en curso.</p> <p>Evaluación del porcentaje de resolución de casos de la Lista de espera de especialidad odontológica de endodoncia y prótesis removible por APS al 30 de junio 2024, según registros del Sistema Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE), mediante utilización de Programas de Reforzamiento Odontológico, estrategias locales y/o gestión en atención Primaria de Salud, según la fijación de meta realizada por el Servicio de Salud.</p> <p><b>Para este corte se evaluará un 25% de la meta anual comprometida por cada Servicio de Salud.</b></p>										
Medios de verificación	i. Sistema de gestión de tiempos de espera (SIGTE). Datos extraídos por MINSAL.										
Cálculo del cumplimiento	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Resultado obtenido</th> <th>Porcentaje Cumplimiento Asignado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>X ≥ 25,0% de la meta comprometida</b></td> <td><b>100,0%</b></td> </tr> <tr> <td><b>20,0% ≤ X &lt; 25,0% de la meta comprometida</b></td> <td><b>75,0%</b></td> </tr> <tr> <td><b>15,0% ≤ X &lt; 20,0% de la meta comprometida</b></td> <td><b>50,0%</b></td> </tr> <tr> <td><b>X &lt; 15,0% de la meta comprometida</b></td> <td><b>0,0%</b></td> </tr> </tbody> </table>	Resultado obtenido	Porcentaje Cumplimiento Asignado	<b>X ≥ 25,0% de la meta comprometida</b>	<b>100,0%</b>	<b>20,0% ≤ X &lt; 25,0% de la meta comprometida</b>	<b>75,0%</b>	<b>15,0% ≤ X &lt; 20,0% de la meta comprometida</b>	<b>50,0%</b>	<b>X &lt; 15,0% de la meta comprometida</b>	<b>0,0%</b>
	Resultado obtenido	Porcentaje Cumplimiento Asignado									
	<b>X ≥ 25,0% de la meta comprometida</b>	<b>100,0%</b>									
	<b>20,0% ≤ X &lt; 25,0% de la meta comprometida</b>	<b>75,0%</b>									
<b>15,0% ≤ X &lt; 20,0% de la meta comprometida</b>	<b>50,0%</b>										
<b>X &lt; 15,0% de la meta comprometida</b>	<b>0,0%</b>										

II Corte (enero – diciembre)	
Número acción	2
Descripción acción	<p>Evaluación del porcentaje de resolución de casos de la Lista de espera de especialidad odontológica de endodoncia y prótesis removible por APS al 31 de diciembre 2024, según registros del Sistema Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE), mediante utilización de Programas de Reforzamiento Odontológico, estrategias locales y/o gestión en atención Primaria de Salud, según la fijación de meta realizada por el Servicio de Salud.</p> <p><b>Para este corte se evaluará el 100% de la meta anual comprometida por cada Servicio de Salud.</b></p>



Medios de verificación	i. Sistema de gestión de tiempos de espera (SIGTE). Datos extraídos por MINSAL.	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje Cumplimiento Asignado</b>
	<b>X = 100,0% de la meta comprometida</b>	<b>100,0%</b>
	<b>75,0% ≤ X &lt; 100,0% de la meta comprometida</b>	<b>75,0%</b>
	<b>50,0% ≤ X &lt; 75,0% de la meta comprometida</b>	<b>50,0%</b>
	<b>X &lt; 50,0% de la meta comprometida</b>	<b>0,0%</b>

Nombre del indicador	<b>5.2 Porcentaje de cumplimiento de la meta de disminución de días de mediana de espera para consulta nueva de especialidad odontológicas.</b>	
Fórmula de cálculo de aquellos Servicios de Salud que deben disminuir sus medianas de espera (>200)	(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.	
Fórmula de cálculo de aquellos Servicios de Salud que deben mantener sus medianas de espera (<200)	100%-( Mediana de días de espera al corte-Mediana del 31 de diciembre 2023) /Mediana de días de espera al 31 de diciembre del 2023) x100	
Fuente de datos	Sistema de gestión de tiempos de espera (SIGTE). Datos extraídos por MINSAL.	

<b>I Corte (enero – junio)</b>		
Número acción	<b>1</b>	
Descripción acción	Reducción del <b>45,0%</b> del tiempo, en días, o mantener la mediana de espera comprometida de su meta total definida para el SS.	
Medios de verificación	i. Sistema de gestión de tiempos de espera (SIGTE). Datos extraídos por MINSAL.	
Cálculo del cumplimiento De aquellos servicios que deben disminuir sus medianas de espera (>200)	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	<b>X ≥ 45,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>35,0% ≤ X &lt; 45,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>25,0% ≤ X &lt; 35,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>15,0% ≤ X &lt; 25,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 15,0%</b>	<b>0,0%</b>
Cálculo del cumplimiento De aquellos servicios que deben disminuir sus medianas de espera (<200)	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	<b>X ≥ 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>90,0% ≤ X &lt; 100,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>80,0% ≤ X &lt; 90,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>70,0% ≤ X &lt; 80,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 70,0%</b>	<b>0,0%</b>

<b>II Corte (enero – diciembre)</b>		
Número acción	<b>2</b>	
Descripción acción	Reducción del <b>100,0%</b> del tiempo, en días, o mantener la mediana de espera comprometida de su meta total definida para el SS.	
Medios de verificación	i. Sistema de gestión de tiempos de espera (SIGTE). Datos extraídos por MINSAL.	
Cálculo del cumplimiento De aquellos servicios que deben disminuir sus medianas de espera (>200)	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	<b>X ≥ 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>90,0% ≤ X &lt; 100,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>80,0% ≤ X &lt; 90,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>70,0% ≤ X &lt; 80,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 70,0%</b>	<b>0,0%</b>
Cálculo del cumplimiento De aquellos servicios que deben disminuir sus medianas de espera (<200)	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	<b>X ≥ 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>90,0% ≤ X &lt; 100,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>80,0% ≤ X &lt; 90,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>70,0% ≤ X &lt; 80,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 70,0%</b>	<b>0,0%</b>



Nombre del indicador	<b>5.3 Porcentaje de casos en Lista de espera de Consulta nueva de especialidad odontológica, de usuarios del Servicio de Protección Especializada y SENAME, con una antigüedad igual o mayor a 270 días.</b>
Fórmula de cálculo	(Número de casos abiertos de la Lista de espera de Consulta nueva de especialidad odontológica, correspondientes a casos de usuarios Servicio de Protección Especializada y SENAME con antigüedad igual o mayor 270 días al corte/ total de casos abiertos de la Lista de espera de Consulta nueva de especialidad odontológica, correspondientes a casos de usuarios Servicio de Protección Especializada y SENAME, al corte) x 100
Fuente de datos	Sistema de gestión de tiempos de espera (SIGTE). Datos extraídos por MINSAL.

I Corte (enero – junio)		
Número acción	1	
Descripción acción	Máximo <b>30,0%</b> de casos Servicio de Protección Especializada y SENAME (En contextos residenciales) espera mayor a 270 días.	
Medios de verificación	i. Sistema de gestión de tiempos de espera (SIGTE). Datos extraídos por MINSAL.	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	<b>X ≤ 30,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &gt; 30,0%</b>	<b>0,0%</b>

II Corte (enero – diciembre)		
Número acción	2	
Descripción acción	<b>0,0%</b> de casos del Servicio de Protección Especializada y SENAME (En contextos residenciales) con espera mayor a 270 días.	
Medios de verificación	i. Sistema de gestión de tiempos de espera (SIGTE). Datos extraídos por MINSAL.	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	<b>X = 0,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &gt; 0,0%</b>	<b>0,0%</b>

Nombre del indicador	<b>5.4 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 2023.</b>
Fórmula de cálculo	<p>(Número de casos disminuidos de la Lista de Espera de CNE odontológicas -excluye Ortodoncia y Rehabilitación Oral- sobre el percentil 75 al corte del 31 de diciembre de 2023 / Número total en la Lista de Espera de CNE odontológica - excluye Ortodoncia y Rehabilitación Oral-sobre el percentil 75 al corte del 31 de diciembre de 2023) x 100.</p> <p>(Número de casos disminuidos de la Lista de Espera de CNE de Ortodoncia del universo comprometido del percentil 75 en el periodo / Número total en la Lista de Espera de CNE de Ortodoncia comprometidos del percentil 75 en el periodo) x 100.</p> <p>(Número de casos disminuidos de la Lista de Espera de CNE de Rehabilitación Oral del universo comprometido del percentil 75 en el periodo / Número total en la Lista de Espera de CNE de Ortodoncia comprometidos del percentil 75 en el periodo) x 100.</p>
Fuente de datos	Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE).



<b>I Corte (enero – junio)</b>		
Número acción	<b>1</b>	
Descripción acción	Resolución del <b>45,0%</b> de su universo total según la meta definida para el Servicio de Salud (excluye Ortodoncia y Rehabilitación Oral).	
Medios de verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	<b><math>X \geq 45,0\%</math></b>	<b>100,0%</b>
	<b><math>35,0\% \leq X &lt; 45,0\%</math></b>	<b>75,0%</b>
	<b><math>25,0\% \leq X &lt; 35,0\%</math></b>	<b>50,0%</b>
	<b><math>15,0\% \leq X &lt; 25,0\%</math></b>	<b>25,0%</b>
<b><math>X &lt; 15,0\%</math></b>	<b>0,0%</b>	
Número acción	<b>2</b>	
Descripción acción	Resolución de <b>45,0%</b> de su universo total según meta definida para el Servicio de Salud en la especialidad de Ortodoncia.	
Medios de verificación	i. Sistema de gestión de tiempos de espera (SIGTE). Datos extraídos por MINSAL.	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	<b><math>X \geq 45,0\%</math></b>	<b>100,0%</b>
	<b><math>35,0\% \leq X &lt; 45,0\%</math></b>	<b>75,0%</b>
	<b><math>25,0\% \leq X &lt; 35,0\%</math></b>	<b>50,0%</b>
	<b><math>15,0\% \leq X &lt; 25,0\%</math></b>	<b>25,0%</b>
<b><math>X &lt; 15,0\%</math></b>	<b>0,0%</b>	
Número acción	<b>3</b>	
Descripción acción	Resolución de <b>45,0%</b> de su universo total según meta definida para el Servicio de Salud en la especialidad de Rehabilitación Oral.	
Medios de verificación	i. Sistema de gestión de tiempos de espera (SIGTE). Datos extraídos por MINSAL.	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	<b><math>X \geq 45,0\%</math></b>	<b>100,0%</b>
	<b><math>35,0\% \leq X &lt; 45,0\%</math></b>	<b>75,0%</b>
	<b><math>25,0\% \leq X &lt; 35,0\%</math></b>	<b>50,0%</b>
	<b><math>15,0\% \leq X &lt; 25,0\%</math></b>	<b>25,0%</b>
<b><math>X &lt; 15,0\%</math></b>	<b>0,0%</b>	

<b>II Corte (enero- diciembre)</b>		
Número acción	<b>4</b>	
Descripción acción	Resolución de <b>90,0%</b> de su universo total según meta definida para el Servicio de Salud (excluye Ortodoncia y Rehabilitación Oral).	
Medios de verificación	i. Sistema de gestión de tiempos de espera (SIGTE). Datos extraídos por MINSAL.	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	<b><math>X \geq 90,0\%</math></b>	<b>100,0%</b>
	<b><math>80,0\% \leq X &lt; 90,0\%</math></b>	<b>75,0%</b>
	<b><math>70,0\% \leq X &lt; 80,0\%</math></b>	<b>50,0%</b>
	<b><math>60,0\% \leq X &lt; 70,0\%</math></b>	<b>25,0%</b>
<b><math>X &lt; 60,0\%</math></b>	<b>0,0%</b>	
Número acción	<b>5</b>	
Descripción acción	Resolución de <b>100,0%</b> de su universo total según meta definida para el Servicio de Salud en la especialidad de Ortodoncia	
Medios de verificación	i. Sistema de gestión de tiempos de espera (SIGTE). Datos extraídos por MINSAL.	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	<b><math>X \geq 90,0\%</math></b>	<b>100,0%</b>



Número acción	$80,0\% \leq X < 90,0\%$	75,0%
	$70,0\% \leq X < 80,0\%$	50,0%
	$60,0\% \leq X < 70,0\%$	25,0%
	$X < 60,0\%$	0,0%
	<b>6</b>	
Descripción acción	Resolución de <b>100,0%</b> de su universo total según meta definida para el Servicio de Salud en la especialidad de Rehabilitación Oral	
Medios de verificación	i. Sistema de gestión de tiempos de espera (SIGTE). Datos extraídos por MINSAL.	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	$X \geq 90,0\%$	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%

Nombre del Indicador	<b>5.5 Porcentaje de disminución de casos en Lista de espera de Consulta nueva de especialidad odontológica de beneficiarios de la Ley VALECH Y RETTIG ingresados al 31 de diciembre del año 2023.</b>
Fórmula de Cálculo	(Número de casos disminuidos de la Lista de espera de consulta nueva de especialidad odontológica de beneficiarios de Ley VALECH Y RETTIG ingresados al 31 de diciembre del año 2023, en el periodo / Número total casos de la Lista de espera de consulta nueva de especialidad odontológica de beneficiarios de Ley VALECH Y RETTIG ingresados al 31 de diciembre 2023) x 100.
Fuente de Datos	Cruce SIGTE Y PRAIS MINSAL base de datos

<b>I Corte (Enero – Junio)</b>		
Número acción	<b>1</b>	
Descripción acción	Resolución del <b>45,0%</b> Lista de espera de consulta nueva de especialidad odontológica de beneficiarios de Ley VALECH Y RETTIG.	
Medios de Verificación	i. Sistema de gestión de tiempos de espera (SIGTE). Datos extraídos por MINSAL.	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	$X \geq 45,0\%$	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%

<b>II Corte (enero – diciembre)</b>		
Número acción	<b>2</b>	
Descripción acción	Resolución del <b>100,0%</b> Lista de espera de consulta nueva de especialidad odontológica de beneficiarios de Ley VALECH Y RETTIG ingresados al 31 de diciembre de 2023.	
Medios de Verificación	i. Sistema de gestión de tiempos de espera (SIGTE). Datos extraídos por MINSAL.	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	$X > 100,0\%$	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	<b>5.6 Porcentaje de disminución de casos en Lista de espera de consulta nueva de especialidad odontológica de índices Exonerados políticos reconocidos por Leyes N°19.234, N°19.582 y N°19.881 y acreditados por el equipo PRAIS, ingresados al 31 de diciembre de 2023.</b>
----------------------	---



Fórmula de Cálculo	(Número de casos disminuidos en el periodo, de la Lista de espera de consulta nueva de especialidad odontológica de índices Exonerados políticos reconocidos por Leyes N°19.234, N°19.582 y N°19.881 y acreditados por el equipo PRAIS, ingresados al 31 de diciembre de 2023 / Número total casos de la Lista de espera de consulta nueva de especialidad odontológica de Exonerados políticos reconocidos por Leyes N°19.234, N°19.582 y N°19.881 y acreditados por el equipo PRAIS, ingresados al 31 de diciembre 2023) x 100.
Fuente de Datos	Cruce SIGTE Y PRAIS MINSAL base de datos

I Corte (Enero – Junio)		
Número acción	1	
Descripción acción	Resolución del <b>25,0%</b> Lista de espera de consulta nueva de odontológica de índices Exonerados políticos reconocidos por Leyes N°19.234, N°19.582 y N°19.881 y acreditados por el equipo PRAIS.	
Medios de Verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	<b>X ≥ 25,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>20,0% ≤ X &lt; 25,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>15,0% ≤ X &lt; 20,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>10,0% ≤ X &lt; 15,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 10,0%</b>	<b>0,0%</b>

II Corte (enero – diciembre)		
Número acción	2	
Descripción acción	Resolución del <b>50,0%</b> Lista de espera de consulta nueva de especialidad odontológica de índices Exonerados políticos reconocidos por Leyes N°19.234, N°19.582 y N°19.881 y acreditados por el equipo PRAIS.	
Medios de Verificación	i. Reporte SIGTE extraído por MINSAL.	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	<b>X ≥ 50,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>40,0% ≤ X &lt; 50,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>30,0% ≤ X &lt; 40,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>20,0% ≤ X &lt; 30,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 20,0%</b>	<b>0,0%</b>

## 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 15,0% de resolución de casos en espera de atención de especialidad odontológica por APS. Considerando la variabilidad de los resultados obtenidos como línea base, se consideran los siguientes umbrales de cumplimiento:

- Si el resultado del indicador del Servicio de Salud el año anterior (línea base) fue inferior a la meta nacional, para el 2024 debe comprometer a lo menos un 50,0% de la diferencia o brecha existente, respecto a la meta nacional.
- Si el resultado del indicador el año anterior esta entre la meta nacional y un 20,0%, la meta fijada no podrá ser inferior a la lograda el año anterior.
- Si el resultado del indicador el año anterior es igual o superior al 20,0%, la meta fijada no podrá ser inferior a 20,0%.



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 las especialidades odontológicas realizadas en APS (Endodoncia y rehabilitación Oral a través de Prótesis removible, excluyendo periodoncia), independiente de la causal de egreso. Los casos egresados incluidos en el numerador deben haber sido ingresados a Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE)

El denominador del indicador incluye la Lista de espera abierta y cerrada para todas las especialidades odontológicas realizadas en APS (Endodoncia y rehabilitación Oral a través de Prótesis removible, excluyendo periodoncia) entre los años 2018-2023.

**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 2023.

- Se entregará línea de base y meta de resolución por cada corte.
- La totalidad de los registros adicionales que son producto de regularizaciones durante el año 2024, 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.
- El calendario de corte de información será entregado dentro del primer trimestre del año 2024 previo a la evaluación.
- La fuente oficial para trabajar estos indicadores es el SIGTE.
- El cumplimiento del trabajo realizado para los COMGES se encuentra bajo el marco normativo vigente de gestión de Listas de Espera no GES, exigiendo la veracidad, oportunidad y completitud de la información declarada en SIGTE y sus respectivos respaldos de gestión.
- Los traslados coordinados, los casos en casuales 3 y las postergaciones vigentes al cierre del trimestre, se descuentan específicamente en corte a evaluar.
- Monitoreo mensual de la mediana de tiempos de espera será informada mensualmente a los Servicios de Salud, con el desfase acorde a la tributación de información y cierre de mes.
- 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.
- Los cortes de evaluación serán semestrales. No obstante, se realizará un monitoreo mensual en base a los registros y los resultados obtenidos en el cuadro de mando diseñado específicamente para la Estrategia Territorial Odontológica. Esto con el propósito de conocer los principales nodos críticos y estrategias locales que se implementarán para impactar en la resolución de las Listas de Espera, contribuyendo a mantener una comunicación fluida y coordinada en el cumplimiento de metas y objetivos.

Los universos de casos priorizados como el Servicio de Protección Especializada y SENAME (En contextos residenciales) serán recalculados en cada trimestre, así reconocer los usuarios que cumplen el criterio y presentan LE Abierta en dichos trimestres, los que serán exigido egresar en el trimestre posterior.

Respecto del indicador **5.6: *Porcentaje de disminución de casos en Lista de espera de consulta nueva de especialidad odontológica de Exonerados políticos reconocidos por Leyes N°19.234, N°19.582 y N°19.881 y acreditados por el equipo PRAIS, ingresados al 31 de diciembre del año 2023.***

- Para el primer corte no debe quedar ningún caso con antigüedad igual o anterior al 31/12/2020, en caso de no cumplir este requisito el resultado del indicador es 0% de cumplimiento.



- Para el segundo corte no debe quedar ningún caso con antigüedad igual o anterior al 31/12/2021, de ser así el resultado del indicador es 0% de cumplimiento.

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



Ministerio de  
Salud





<b>Ámbito RISS:</b>	Modelo Asistencial.
<b>Atributo:</b>	<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

Fortalecer la promoción y prevención de patologías oncológicas, además, del modelo de atención, la calidad y oportunidad en la entrega de prestaciones para los pacientes con patologías oncológicas, mediante la ejecución eficiente de sus procesos asociados a su atención.

## 2. Objetivos específicos

- Monitorear el cumplimiento de garantías de oportunidad en los pacientes oncológicos GES.
- Monitorear y disminuir volumen y 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 comité oncológico multidisciplinario antes de la realización del primer tratamiento en personas con diagnóstico de cáncer.
- Realizar un plan de mejora liderado por el Servicio de Salud, que permita mejorar cobertura de PAP.
- 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

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

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



través de la gestión de patologías GES, con el fin de incrementar el acceso, calidad y protección financiera para pacientes con cáncer”.

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

### Acceso oportuno a prestaciones oncológicas GES y No GES:

Los indicadores **6.1**, **6.2** y **6.3** tienen por objetivo medir, respectivamente, lo siguiente:

- 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.

### Prestaciones oncológicas GES.

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

- PS 3: Cáncer cervicouterino.
- PS 4: Alivio del dolor y cuidados paliativos por cáncer avanzado.
- PS 8: Cáncer de mama.
- PS 14: Cánceres infantiles.
- PS 16: Cáncer de testículo.
- PS 17: Linfoma en personas de 15 años y más.
- PS 27: Cáncer gástrico.
- PS 28: Cáncer de próstata.
- PS 45: Leucemia en población mayor de 15 años.
- PS 70: Cáncer colorrectal.
- PS 71: Cáncer ovario epitelial.
- PS 72: Cáncer de vejiga.
- PS 73: Osteosarcoma.
- PS 81 Cáncer pulmonar.
- PS 82 Cáncer de tiroides.
- PS 83 Cáncer renal.
- 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 la base de datos oficial de Fonasa.

### Prestaciones oncológicas No GES.

Los problemas oncológicos que no se incluyen en el GES, serán monitorizados a través de la Lista de espera de intervención quirúrgica (LEIQ) del sistema SIGTE. La extracción de la información será realizada en forma centralizada.



El indicador “Cumplimiento del comité oncológico multidisciplinario antes de la realización del primer tratamiento en personas con diagnóstico de cáncer”.

En este indicador se evaluará las siguientes acciones:

- Presentación de pacientes oncológicos a comité oncológico multidisciplinario antes del primer tratamiento.

**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. 2476/14.07.23. (se adjunta en anexo).

## 4. Definiciones y terminología

- **PIV:** Población inscrita y validez 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.
- **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.
- **NSP:** No se presenta
- **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.
- **APS:** Atención Primaria de salud que considera establecimientos dependientes del Servicio de Salud y municipios.

## 5. Nombres de indicadores

- 6.1** Porcentaje de cumplimiento de garantías GES en problemas de salud oncológicos en el periodo.
- 6.2** Porcentaje de cumplimiento de resolución de garantías GES oncológicas exceptuadas transitorias acumuladas sin prestación en patologías oncológicas.
- 6.3** Porcentaje de cumplimiento de metas de reducción de tiempos de espera quirúrgicos por problemas de salud oncológicos No GES en el periodo.
- 6.4** Porcentaje de cumplimiento de presentación de pacientes a Comité Oncológico multidisciplinario.
- 6.5** Porcentaje de cobertura efectiva de vacuna contra el virus de papiloma humano (VPH) en EA escolares y adolescentes que cursan 4to y 5º año básico.



## 6. Metas nacionales año 2024

- Resolver el **100,0%** de cumplimiento de las garantías GES de salud en problemas de salud oncológicos durante el año 2024.
- Lograr la resolución del **80,0%** de las garantías exceptuadas transitorias sin prestación de los años 2015 al 2023 conforme a la normativa vigente (Circular IF N°248 de la Superintendencia de Salud del año 2015)
- Lograr que el **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 el **80,0%** de los pacientes con diagnóstico de cáncer (confirmado por anatomía patológica) sean presentados a comité oncológico multidisciplinario antes del primer tratamiento.
- Lograr un **90,0%** de cobertura efectiva de vacuna contra el virus de papiloma humano (VPH) en NNA que cursan 4to y 5º año básico.

## 7. Ficha general de indicadores

Nombre del Indicador	<b>6.1 Porcentaje de cumplimiento de garantías GES en problemas de salud oncológicos en el periodo.</b>
Fórmula de Cálculo	<b>Cumplimiento GES en PS Oncológicos:</b> (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.
Fuente de Datos	SIGGES – SIGTE- Informe SS.

I Corte (enero – junio)		
Número acción	1	
Descripción Acción	Resolver el <b>100,0%</b> de las garantías de oportunidad en problemas de salud oncológicos vigentes al 30 de junio de 2024.	
Medios de Verificación	i. Reporte de cumplimiento de garantías GES extraído centralizado desde MINSAL.	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>0,0%</b>



II Corte (julio – diciembre)		
Número acción	2	
Descripción Acción	Resolver el <b>100,0%</b> de las garantías de oportunidad en problemas de salud oncológicos vigentes al 31 de diciembre de 2024.	
Medios de Verificación	i. Reporte de cumplimiento de garantías GES extraído centralizado desde MINSAL.	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	X = 100,0%	100,0%
	X < 100,0%	0,0%

Nombre del Indicador	<b>6.2 Porcentaje de cumplimiento de resolución de garantías GES oncológicas exceptuadas transitorias acumuladas sin prestación en patologías oncológicas en el periodo.</b>
Fórmula de Cálculo	<b>Resolución garantías exceptuadas transitorias sin prestación en Problemas de Salud Oncológicos*:</b> (Número de garantías oncológicas exceptuadas transitorias acumuladas sin prestación de años 2015 al 2023 resueltas al corte junio de 2024 / Total de garantías oncológicas exceptuadas transitorias acumuladas sin prestación del período 2015 al 2023) x 100.
Fuente de Datos	SIGGES – SIGTE- Informe SS.

I Corte (enero – junio)		
Número acción	1	
Descripción Acción	Resolver el <b>50,0%</b> de los casos exceptuados por causal transitoria (nsp y postergación) que están pendientes de prestación de los años 2015 al 2023 a junio 2024	
Medios de Verificación	i. Reporte de garantías oncológicas exceptuadas transitorias acumuladas sin prestación extraído de SIGGES disponibilidad por FONASA.	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	X ≥ 50,0%	100,0%
	X < 50,0%	0,0%

II Corte (julio – diciembre)		
Número acción	2	
Descripción Acción	Resolver el <b>80,0%</b> de los casos exceptuados por causal transitoria (nsp y postergación) que están pendientes de prestación de los años 2015 al 2023 a diciembre 2024	
Medios de Verificación	i. Reporte de garantías oncológicas exceptuadas transitorias acumuladas sin prestación extraído de SIGGES disponibilizada por FONASA.	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	X ≥ 80,0%	100,0%
	X < 80,0%	00,0%

Nombre del Indicador	<b>6.3 Porcentaje de cumplimiento de metas de reducción de tiempos de espera quirúrgicos por problemas de salud oncológicos No GES en el periodo.</b>
Fórmula de Cálculo	<b>Evaluación de los tiempos de espera no GES en Problemas de Salud Oncológicos:</b> (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.
Fuente de Datos	SIGGES – SIGTE- Informe SS.



I Corte (enero – junio)		
Número acción	1	
Descripción Acción	Lograr que el <b>80,0%</b> 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 mayo 2024 identificada como oncológica.	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	$X \geq 80,0\%$	<b>100,0%</b>
	$70,0\% \leq X < 80,0\%$	<b>75,0%</b>
	$60,0\% \leq X < 70,0\%$	<b>50,0%</b>
	$50\% \leq X < 60,0\%$	<b>25,0%</b>
	$X < 50,0\%$	<b>0,0%</b>

II Corte (julio – diciembre)		
Número acción	2	
Descripción Acción	Lograr que el <b>80,0%</b> 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	ii. LEIQ al corte de noviembre 2024 identificada como oncológica.	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	$X \geq 80,0\%$	<b>100,0%</b>
	$70,0\% \leq X < 80,0\%$	<b>75,0%</b>
	$60,0\% \leq X < 70,0\%$	<b>50,0%</b>
	$50\% \leq X < 60,0\%$	<b>25,0%</b>
	$X < 50,0\%$	<b>0,0%</b>

Nombre del Indicador	<b>6.4 Porcentaje de cumplimiento de presentación de pacientes a Comité Oncológico multidisciplinario</b>
Fórmula de Cálculo	<b>Cumplimiento presentación de pacientes a Comité Oncológico multidisciplinario</b> (listado pacientes evaluados en Comité Oncológico multidisciplinario antes del primer tratamiento con corte al mes anterior del cierre del periodo / listado de pacientes diagnosticados con cáncer (registro de anatomía patológica para tumores sólidos y laboratorio para hematooncológicos) en el periodo x 100.
Fuente de Datos	Documentos recibidos por la Unidad de Oncología del Departamento GES y Redes de alta complejidad en formatos definidos.

I Corte (enero – junio)		
Número acción	1	
Descripción Acción	Lograr que el <b>80,0%</b> 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 2024.	
Medios de Verificación	i. El informe deberá ser enviado en formato definido por MINSAL.	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	$X \geq 80,0\%$	<b>100,0%</b>
	$40,0\% \leq X < 80,0\%$	<b>50,0%</b>
	$X < 40,0\%$	<b>0,0%</b>

II Corte (julio - diciembre)		
Número acción	2	
Descripción Acción	Lograr que el <b>80,0%</b> 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 2024.	
Medios de Verificación	i. El informe deberá ser enviado en formato definido por MINSAL	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	$X \geq 80,0\%$	<b>100,0%</b>
	$40,0\% \leq X < 80,0\%$	<b>50,0%</b>



	<b>X &lt; 40,0%</b>	<b>0,0%</b>
<b>Nombre del indicador</b>	<b>6.5 Cobertura efectiva de vacuna contra el virus de papiloma humano (VPH) en NNA que cursan 4to y 5º año básico.</b>	
<b>Fórmula de cálculo</b>	<p style="text-align: center;"><b>I corte:</b> (Número de requisitos cumplidos de la pauta de cotejo / número de requisitos establecidos en la pauta de cotejo) x 100</p> <p style="text-align: center;"><b>II corte:</b> 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 / matriculados en 4º año básico + matriculados en 5º año básico.</p>	
<b>Fuente de datos</b>	Registro nacional de inmunización (RNI) - Población MINEDUC.	

<b>I corte (enero- junio)</b>		
<b>Número acción</b>	<b>1</b>	
<b>Descripción Acción</b>	Elaborar un informe con formato MINSAL, que detalle: - Porcentaje de micro planificaciones recibidas de establecimientos de APS pertenecientes a su red antes del 28 de junio del 2024 - Diagnóstico de su red de atención primaria detallando actores claves a involucrar, carta Gantt del proceso de planificación, ejecución y evaluación de la campaña; nodos críticos y plan de abordaje de estos. Este será revisado por el nivel central de acuerdo con pauta de cotejo	
<b>Medios de verificación</b>	i. Formato de informe y pauta de cotejo entregado por MINSAL	
<b>Cálculo del cumplimiento</b>	Resultado obtenido	Porcentaje de cumplimiento asignado
	<b>Cumple completamente con pauta de cotejo</b>	<b>100,0%</b>
	<b>Cumple parcialmente con pauta de cotejo</b>	<b>50,0%</b>
	<b>No cumple con pauta de cotejo con verificables</b>	<b>0,0%</b>

<b>II Corte (Julio - diciembre)</b>		
<b>Número acción</b>	<b>2</b>	
<b>Descripción Acción</b>	Cumplimiento del <b>90,0%</b> de cobertura de población objetivo al 31 de diciembre de 2024.	
<b>Medios de verificación</b>	i. Reporte de coberturas extraído de RNI por DEIS.	
<b>Cálculo del cumplimiento</b>	Resultado obtenido	Porcentaje de cumplimiento asignado
	<b>X ≥ 90,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>75,0% ≤ X &lt; 90,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>65,0% ≤ X &lt; 75,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>55,0% ≤ X &lt; 65,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 55,0%</b>	<b>0,0%</b>

## 8. Consideraciones técnicas

Respecto a los indicadores 6.1, 6.2 , 6.3 y 6.4 tienen 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:

PS 3: Cáncer cervicouterino.

PS 4: Alivio del dolor y cuidados paliativos por cáncer avanzado.



- PS 8: Cáncer de mama.
- PS 14: Cánceres infantiles.
- PS 16: Cáncer de testículos.
- PS 17: Linfoma en personas de 15 años y más.
- PS 27: Cáncer gástrico.
- PS 28: Cáncer de próstata.
- PS 45: Leucemia en población mayor de 15 años.
- PS 70: Cáncer colorrectal.
- PS 71: Cáncer ovario epitelial.
- PS 72: Cáncer de vejiga.
- PS 73: Osteosarcoma.
- PS 81 Cáncer pulmonar.
- PS 82 Cáncer de tiroides.
- PS 83 Cáncer renal.
- 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

#### *Garantías exceptuadas transitorias PS oncológicos sin prestación otorgada*

Para la medición de este indicador el equipo MINSAL disponibilizará durante el mes de enero 2024 la base de datos de excepciones transitorias que están sin prestación acumulada de los años 2015 al 2023, esto de cada servicio de salud.

Cada servicio de salud debe lograr la resolución de estos casos en un 50% al corte de junio y 100% al corte de diciembre 2024. Ambos serán evaluados durante el mes siguiente del corte.

Los casos que queden exceptuados sin prestación de los años 2015 al 2023 por las causas atribuibles al beneficiario o al sistema SIGGES no serán excluidas del numerados de los indicadores, para esto deben estar bien justificadas por los referentes de los Servicios de Salud y validadas por equipo MINSAL. Para el monitoreo y gestión de los casos exceptuados transitorios sin prestación se debe utilizar el reporte de SIGGES que se actualiza quincenalmente.

Los Servicios de Salud deben velar por el correcto cumplimiento en esta materia de excepciones según lo establece la normativa vigente (Circulares IF N° 248 y N° 288 de los años 2015 y 2017 de la Superintendencia de Salud)

*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. 2479/14.07.23.

**6.5** Porcentaje de cobertura efectiva de vacuna contra el virus de papiloma humano (VPH) en EA que cursan 4to y 5º año básico.

- Para evaluar el avance en el proceso de vacunación escolar se utilizará como numerador la información extraída del Registro Nacional de Inmunizaciones (RNI) correspondiente a escolares y adolescentes (EA) de 4º y 5º año básico vacunados en los establecimientos educacionales del país.



- El denominador estará compuesto por los matriculados en 4° y 5° años básico, según informe el Ministerio de Educación (MINEDUC) durante el 1er semestre de 2024.
- Este avance se medirá por ocurrencia a nivel comunal, esto es, como el número de vacunados en una comuna dividido por los matriculados en dicha comuna.
- Con respecto al segundo corte, se deberá cumplir el 100% de la meta esperada de vacunación acumulada de julio a diciembre del 2024, esto es 90% de avance del proceso de vacunación con VPH. El sobrecumplimiento se considerará como un 100%.
- La vacunación se realiza en todos los establecimientos educacionales públicos y privados del país y es ejecutada por el personal de los vacunatorios de los establecimientos de salud de atención primaria (APS).
- Aquellos EA 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.
- Aquellos EA que se vacunen directamente en un establecimiento de vacunación serán considerados en el numerador correspondiente a la comuna donde pertenece el centro vacunador.
- La vacunación escolar se realiza durante el segundo semestre de cada año, según las orientaciones emitidas por el nivel central y de acuerdo con la planificación de los establecimientos de salud.
- Se debe asegurar la vacunación para el grupo objetivo que presenta deserción escolar y aquellos que no asisten a establecimientos educacionales en forma regular o los que rinden exámenes libres, realizando una adecuada identificación de esta población vulnerable.
- Se debe vacunar, con la dosis que les corresponda según esquema, a la población de 9 y 10 años 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 en el curso correspondiente definido en el Decreto N°83/2015 (MINEDUC), según niveles homologables a los cursos a vacunar (edad correspondiente al curso + 2 años).
- Se debe respetar la edad mínima de 9 años para la administración de la vacuna de acuerdo al registro sanitario autorizado por el Instituto de Salud Pública (ISP).
- Se debe revisar la historia vacunal de los EA antes de la vacunación, con el fin de evitar errores programáticos (EPRO).



Ministerio de  
Salud

Gobierno de Chile

**SALUD  
MENTAL**

# Diálogos Ciudadanos *Salud Mental*

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





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

## 1. Objetivo general

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

## 2. Objetivos específicos

- Monitorear el funcionamiento de Centros de APS y Especialidad Ambulatoria, en función de los elementos claves del Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental.
- Potenciar los mecanismos de articulación y acompañamiento técnico entre la meso y micro gestión.
- Fortalecer la Gobernanza de Salud Mental en la mesogestión.
- Elaborar Planes de Mejora Continua del funcionamiento de la red temática en salud mental de cada Servicio de Salud en APS y Especialidad Ambulatoria.
- Asegurar que los Centros de Atención Primaria, reciban Consultorías o Teleconsultorías de Salud Mental Infanto-Juvenil.

## 3. Marco referencial

El año 2002, el Ministerio de Salud incorpora la mejora continua como una herramienta primordial para el desarrollo de la Salud Mental Comunitaria, para contribuir a mejorar los estándares de atención y de gestión de los equipos de salud mental, desplegados en la red de servicios a lo largo del país.

El monitoreo de servicios de salud mental ha sido altamente recomendado por Organización Mundial de la Salud, de manera que se pueda evaluar la calidad de los cuidados. A través de a) utilización de estándares para evaluar el servicio anualmente, b) empleando procedimientos de acreditación para evaluar y acreditar el desarrollo de nuevos servicios y revisar los que ya están en funcionamiento, c) recopilando información de forma habitual a través de sistemas de información, mediante indicadores de rendimiento y resultados y d) Consultando con las organizaciones independientes para personas con necesidades de atención en salud mental, cuidadores y grupos de apoyo con el fin de obtener su valoración de los servicios.

El Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025 (Ministerio de Salud, 2017) y el Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud 2018 (Ministerio de Salud, 2018), muestran una clara intención en velar por el desarrollo óptimo de la red de servicios de salud mental, haciéndolos más accesibles, equitativos y resolutivos de las necesidades de salud mental de las personas, desde un enfoque de derechos. Un claro ejemplo es incluir componentes de salud mental en Servicios de Salud regular como lo son atención primaria y hospitales generales, con el objetivo de mejorar



identificación, referencia, y acceso para las personas con diferentes condiciones de salud mental.

Sin embargo, persisten importantes desafíos. Estos incluyen barreras de acceso a servicios asistenciales como brechas en la formación de profesionales y técnicos, especialmente en áreas como salud mental comunitaria; recuperación e integración social; la necesidad de mejorar la calidad de las intervenciones a través de programas y servicios basados en evidencia científica.

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. Bajo esta orientación de política. 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, con atenciones integrales, integradas y centradas en ellas. 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.

La atención primaria de salud presenta la necesidad de avanzar en el fortalecimiento del acceso y calidad de la atención de salud mental, a través de acciones concretas tales como la transversalización de la salud mental en el marco de la estrategia de cuidados integrales y centrados en las personas (ECICEP) y la implementación progresiva de la mejora de la calidad de la atención de salud mental. Estas estrategias se insertan de manera coherente e integrada, en la implementación del plan para superar las brechas de salud mental de la OPS (mhGAP). Lo anterior sumado a otras acciones en curso.

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).

En el marco del Modelo Comunitario de Atención en Salud Mental, la articulación entre los servicios especializados y el nivel primario de atención de salud es un aspecto crítico en la continuidad de cuidados de las personas con problemas de salud mental, ejemplos de esto son, los Consejos Técnicos de Salud Mental, el Comité Articulador de Continuidad de Cuidados, los Planes de Cuidados Integrales, las Consultorías de Salud Mental, entre otros. Sin embargo, muchas de estas estrategias aún presentan grandes desafíos desde el punto de vista de su implementación, requiriendo el desarrollo de definiciones operativas, alineadas con la realidad de cada territorio.

Para este 2024 se hará un especial énfasis en la **Consultoría en Salud Mental**, al ser un recurso efectivo de articulación entre los niveles de atención primaria y de especialidad en salud mental, cuya práctica regular y sistemática contribuye a que el trabajo sanitario, en general, y de salud mental, en particular, se fortalezca en el territorio (MINSAL, 2016). Para esto se ha determinado un indicador específico orientado a la consultoría infanto-juvenil que ha presentado mayor brecha en su implementación y apunta a la mejora en la atención de un grupo poblacional clave.

Desde el punto de vista metodológico, la presente propuesta utiliza un diseño mixto de investigación combinando estrategias de levantamiento de dato cuantitativas (Pauta de autorreporte establecimientos, estadísticas REM, etc.) y cualitativas (visitas a establecimientos de salud, entrevistas



con equipos y encargados de salud). Se utilizará un enfoque de Evaluación Realista (ER, el cual busca comprender el funcionamiento de intervenciones complejas respondiendo a preguntas sobre el cómo, para quiénes, en qué contextos y con cuáles alcances, y también comprender cómo y porqué los programas no logran una implementación óptima.

La presente iniciativa toma en consideración los principales lineamientos de modelo de la Ciencia de la Implementación llamado “RE-AIM Planning and Evaluation Framework”<sup>21</sup> que incluye tanto dimensiones asociadas a uso de servicios (cobertura, infraestructura, equipamiento, recursos humanos, proceso de gestión y producción) como indicadores de implementación (modelos de atención, fidelidad al modelo de atención, adopción y mantención de nuevas prácticas) y gobernanza (gestión estratégica territorial, supervisión técnica y mejora continua en la red, gestión uso efectivo de recursos en estrategias de salud mental, etc.).

#### 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.
- **Consultoría:** Se define como la actividad conjunta y de colaboración permanente entre el equipo de especialidad en salud mental y el equipo de salud general del nivel primario, que tiene como propósito potenciar la capacidad resolutoria del nivel primario, mejorar la referencia y contra referencia de personas, entre ambos niveles de atención, garantizar la continuidad de cuidados de la población usuaria con problemas de salud mental o trastornos mentales. La Consultoría constituye un recurso de formación, y una instancia de coordinación, diálogo, definición de roles y responsabilidades compartidas, entre el nivel primario de atención y el nivel de especialidad en salud mental.
- **Participantes de la Consultoría:** La consultoría de salud Mental es efectuada por integrantes del equipo especializado de salud mental y del equipo de salud general del nivel primario. Esto

<sup>21</sup> <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2019.00064/full>



es:

- Psiquiatra Consultor y médico tratante en el nivel primario de atención.
- Otros integrantes de ambos equipos. Al menos, uno más del equipo Consultor y dos más del equipo Consultante: un profesional del equipo de sector que atiende al paciente y el coordinador de salud mental del Centro de Atención Primaria.
- Usuarios, familiares u otros significativos involucrados en el proceso, en modalidad presencial o a través de revisión de ficha clínica.
- Considerar la eventual incorporación de integrantes de equipos de salud mental del intersector, según sea pertinente, estos equipos pueden ser por ejemplo del Programa Habilidades para la vida de JUNAEB, Programa Vida Nueva, Abriendo Caminos, Salud Mental.

## 5. Nombres de indicadores

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

**7.2** Porcentaje de Consultorías y Teleconsultorías de Salud Mental infanto-juvenil recibidas por establecimientos de Atención Primaria de Salud.

## 6. Metas nacionales año 2024

- Lograr que el **100,0%** de los Servicios de Salud cuentan con mecanismo de monitoreo del funcionamiento 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.
- 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.
- Lograr que el **100,0%** de los Servicio de Salud cuente con procesos de fortalecimiento de la gobernanza para su red temática de Salud Mental.
- Lograr al menos un **80,0%** de cumplimiento de las Consultorías y Teleconsultorías de salud mental infanto-juvenil programadas.

## 7. Ficha general de indicadores

Nombre del indicador	<b>7.1 Porcentaje de cumplimiento de las etapas del proceso de mejora continua de la red temática en salud mental.</b>
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	Los <b>Servicios de Salud</b> deben enviar a través de <b>Ordinario</b> dirigido a Subsecretaría de Redes Asistenciales, Planificación anual ajustada de actividades de mejora continua en centros APS y especialidad ambulatoria salud mental que contemplen las siguientes dimensiones: Uso de servicios, implementación modelo y gobernanza. Al mismo tiempo, este documento debe explicitar programación anual de actividades con la red (visitas establecimientos APS no visitados el 2023 para ampliar la cobertura territorial, visitas a establecimientos con fines de seguimiento u otro, Consejos Técnicos de Salud Mental, entre otras actividades).



	<b>Los Servicios de Salud deberán enviar este documento durante el mes de abril 2024.</b>	
Medios de verificación	i. Ordinario a Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL que contenga planificación de actividades de mejora continua referidas a: uso de servicios, implementación modelo y gobernanza en centros de APS y especialidad ambulatoria Salud Mental.	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	<b>Servicio de Salud entrega informe</b>	<b>100,0%</b>
	<b>Servicio de Salud no entrega informe</b>	<b>0,0%</b>
Número acción	2	
Descripción acción	Los <b>Servicios de Salud</b> elaborarán <b>informe preliminar</b> sobre estado de avance planificación 2024 al 31 de junio 2024. Este seguimiento se realizará a través de indicadores trazadores que contemplen las siguientes dimensiones: uso de servicios, implementación modelo y gobernanza. La metodología de monitoreo y diseño de indicadores trazadores serán desarrollados en contexto de Mesa Nacional COMGES 7.1	
Medios de verificación	i. Informe de seguimiento acciones de mejora continua en centros de APS y Especialidad Ambulatoria definidas en planificación anual.	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	<b>Servicio de Salud entrega informe</b>	<b>100,0%</b>
	<b>Servicio de Salud no entrega informe</b>	<b>0,0%</b>

<b>II Corte (julio – diciembre)</b>		
Número acción	3	
Descripción acción	Los <b>Servicios de Salud</b> deberán enviar <b>Informe Final</b> de Cumplimiento Planificación al 31 de diciembre 2024. La evaluación se realizará a través de indicadores trazadores que contemplen las siguientes dimensiones: uso de servicios, implementación modelo y gobernanza. Este documento también debe contemplar una propuesta de mejora continua para el año 2025.	
Medios de verificación	i. Documento formato MINSAL	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	<b>Servicio de Salud entrega Informe</b>	<b>100,0%</b>
	<b>Servicio de Salud No entrega Informe</b>	<b>0,0%</b>

Nombre del indicador	<b>7.2 Porcentaje de consultorías y teleconsultorías de salud mental infanto-juvenil recibidas por establecimientos de APS.</b>	
Fórmula de cálculo	<p style="text-align: center;"><b>Acción 1 y 3:</b> (Número de acciones ejecutadas en el periodo / Número de acciones programadas en el periodo) x 100.</p> <p style="text-align: center;"><b>Acción 2 y 4:</b> (Número de actividades de consultorías y teleconsultorías recibidas en el periodo / Número de actividades de consultorías y teleconsultorías de salud mental programadas) x 100.</p>	
Fuente de datos	-REM A06, Sección A2 - Informe de planificación de consultorías 2024.	

<b>I Corte (enero – junio)</b>		
Número acción	1	
Descripción acción	El <b>Servicio de Salud</b> enviará <b>consolidado de consultorías y teleconsultorías</b> de salud mental infanto-juvenil programadas por los establecimientos de Atención Primaria para el 2024. Esta deberá ser enviada en marzo a MINSAL y posteriormente subida a la carpeta compartida según calendario COMGES.	
Medios de verificación	i. Informe consolidado programación según formato MINSAL	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	<b>Servicio de Salud entrega informe</b>	<b>100,0%</b>
	<b>Servicio de Salud no entrega informe</b>	<b>0,0%</b>



Número acción	2	
Descripción acción	Cumplimiento del porcentaje de consultorías y teleconsultorías de salud mental infanto-juvenil.	
Medios de verificación	-REM A06, Sección A2	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	$X \geq 33,0\%$	100,0%
	$25,0\% \leq X < 33,0\%$	75,0%
	$16,0\% \leq X < 25,0\%$	50,0%
	$8,0\% \leq X < 16,0\%$	25,0%
	$X < 8,0\%$	0,0%

<b>II Corte (julio – diciembre)</b>		
Número acción	3	
Descripción acción	<p>El <b>Servicio de Salud enviará informe consolidado de consultorías y teleconsultorías</b> de salud mental infanto-juvenil programadas por los establecimientos de Atención Primaria para el 2025, apuntando a lograr un estándar de al menos 10 consultorías al año.</p> <p>Este reporte deberá contener además una síntesis de las acciones previas de coordinación, lideradas por el Servicio de Salud, para armonizar la capacidad de los establecimientos de especialidad para ejecutar estas actividades y la programación de la red APS.</p>	
Medios de verificación	Informe final formato MINSAL	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	<b>Servicio de Salud entrega informe</b>	100,0%
	<b>Servicio de Salud no entrega informe</b>	0,0%
Número acción	4	
Descripción acción	Cumplimiento del porcentaje de consultorías y teleconsultorías de salud mental infanto-juvenil.	
Medios de verificación	REM A-06, Sección A2	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	$X \geq 80,0\%$	100,0%
	$60,0\% \leq X < 80,0\%$	75,0%
	$40,0\% \leq X < 60,0\%$	50,0%
	$20,0\% \leq X < 40,0\%$	25,0%
	$X < 20,0\%$	0,0%

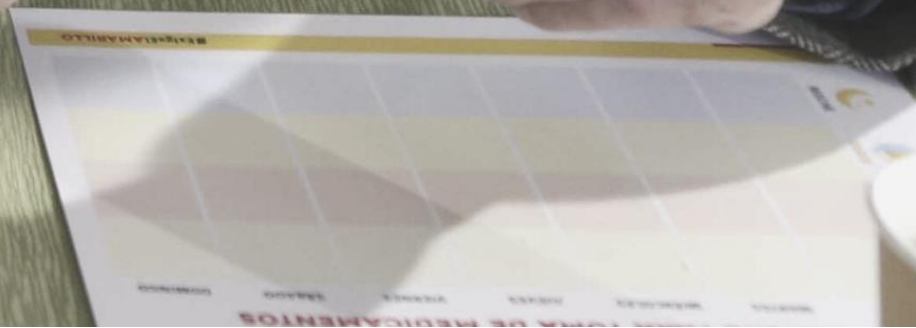


Ministerio de  
Salud

Gobierno de Chile



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





<b>Ámbito RISS:</b>	Modelo Asistencial.
<b>Atributo:</b>	<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

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.
- Proteger a las personas mayores residentes en Chile, frente a enfermedades inmunoprevenibles relevantes para la salud pública del país, considerando la susceptibilidad de este grupo objetivo.

## 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. Para ello, se requiere reorientar las atenciones de salud hacia una mirada integral, que considere las características particulares de este grupo, su contexto sociocultural y, por último, con enfoque en lo promocional y preventivo, para evitar mayor daño del ya establecido. 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, personas con dependencia severa y sus



cuidadores, 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 diferentes estrategias vinculadas al cuidado de Personas Mayores, MAIS/Estrategia de Cuidado Integral, Salud Cardiovascular, Salud Mental, Salud Respiratoria, Salud Digital, Salud Odontológica, Salud Sexual 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 el COMGES 8.1 se pretende impulsar el desarrollo de la “Estrategia de Cuidado Integral Centrado en la Personas para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de la multimorbilidad (ECICEP)”<sup>1</sup> en lo relativo al cuidado de personas mayores. Se espera 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 consulta<sup>2</sup> 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.

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 de referentes asociados al 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 cuidado 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 2024 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/ 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 Remoto, 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.

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 para la persona en condición de dependencia severa, como la evaluación de sobrecarga y aplicación de Examen de Medicina Preventiva 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. Estrategia que hace operativos los principios del modelo implicando mejoras en la organización y gestión de los Servicios de Salud para el acompañamiento técnico de la APS. Se espera el trabajo integrado al interior del Equipo Gestor de ECICEP en los Servicios de Salud, con la participación del área de envejecimiento y personas mayores para el adecuado desarrollo de este COMGES. Se espera el avance en el cuidado integral mediante acciones de gestión y acompañamiento técnico integrado entre las diferentes áreas implicadas en el bienestar de personas mayores (promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento de personas con condiciones de salud, farmacia, salud bucal, salud mental, salud sexual, cardiovascular, respiratoria, nutrición, entre otras)
- **Actividades de Cuidado Integral en la APS:** Corresponden a las actividades de Ingreso Integral y Plan de Cuidado 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. Se considerarán para efectos de medición de Actividades de Cuidado Integral para personas de 65 y más años las actividades de Ingreso Integral, Plan de Cuidado, Control Integral y Seguimiento Remoto.
- **Población comprometida a ingresar:** corresponde a la magnitud y porcentaje de población de 65 años y más determinada para cada Servicio de Salud como meta de ingreso anual a la Estrategia de Cuidado integral. Se determinará mediante un trabajo conjunto entre referencia técnica de DIVAP y los Servicios de Salud (Equipo Gestor ECICEP, con participación activa de referentes y equipos MAIS/ECICEP y Personas Mayores) y será comunicada desde la División de Atención Primaria en el mes de enero del año correspondiente al COMGES. Para dar cuenta de la característica de ingreso se debe mantener la consistencia entre número de ingresos y número de



planes de cuidado.

- **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. Se encuentra disponible para utilización por parte de profesionales médicos y no médicos, en forma coordinada al interior de los equipos de los centros de atención primaria.
- **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 consensado 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 consensado 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.
- **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.
- **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 con la población objetivo de la misma.

## 5. Nombres de Indicadores

- 8.1** Porcentaje de cumplimiento de acciones 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.
- 8.3** Tasa de variación anual de la cobertura de vacunación neumocócica polisacárida e influenza en población objetivo.

## 6. Metas nacionales año 2024

- **≥ 60,0%** de los establecimientos o unidades de evaluación ejecutarán actividades de cuidado integral para personas de 65 años y más.



- **100,0%** de los Servicios de Salud alcanzan la cobertura de ingresos de personas de 65 años y más a la estrategia de cuidado integral con el correspondiente plan de cuidados, consensuada con DIVAP.
- **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.
- **≥ 20,0** puntos porcentuales de aumento sobre línea base (año anterior) de la población de 65 años o más con dosis única de vacuna neumocócica polisacárida al 31 de diciembre de 2024.
- **≥ 85,0%** de la población de 65 años o más con dosis anual de vacuna anti-influenza al 31 de diciembre de 2024.

## 7. Ficha general de indicadores

Nombre del indicador	<b>8.1 Porcentaje cumplimiento de acciones para el cuidado integral de personas de 65 años o más.</b>
Fórmula de cálculo	(Número de acciones cumplidas para el cuidado integral en personas de 65 y más años en el período / Número de acciones solicitadas para el cuidado integral en personas de 65 y más años en el período) x 100  <b>Son acciones cumplidas:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 60,0% de los establecimientos o unidades de evaluación realizan actividades de cuidado integral para personas mayores.</li> <li>- 100,0% de población de personas de 65 años y más comprometida ingresa a la Estrategia de Cuidado Integral y cuenta con el Plan de Cuidados</li> </ul>
Fuente de datos	REM (ruta a confirmar por Departamento de Gestión del Cuidado, DIVAP)

I Corte (enero – junio)		
Número acción	1	
Descripción acción	<b>30,0%</b> de los establecimientos o unidades de evaluación ejecutan actividades de cuidado integral para personas de 65 y más años (enero-junio)	
Medios de verificación	i.REM	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	
	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>	
	<b>X ≥ 30,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>25,0% ≤ X &lt; 30,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>20,0% ≤ X &lt; 25,0%</b>	<b>50, 0%</b>
	<b>15,0% ≤ X &lt; 25,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 15,0%</b>	<b>0,0%</b>
Número acción	2	
Descripción acción	<b>40,0%</b> de cobertura (ingresos de personas de 65 años y más a estrategia de cuidado integral con su correspondiente Plan de Cuidado) comprometida por el Servicio de Salud en el período	
Medios de verificación	i. REM	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	
	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>	
	<b>X ≥ 40,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>30,0% ≤ X &lt; 40,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>25,0% ≤ X &lt; 30,0%</b>	<b>50, 0%</b>
	<b>20,0% ≤ X &lt; 25,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 20,0%</b>	<b>0,0%</b>

II Corte (julio – diciembre)	
Número acción	3
Descripción acción	<b>60,0%</b> de los establecimientos o unidades de evaluación ejecutan actividades de cuidado integral para personas de 65 años y más



Medios de verificación	I. REM	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	$X \geq 60,0\%$	<b>100,0%</b>
	$50,0\% \leq X < 60,0\%$	<b>75,0%</b>
	$40,0\% \leq X < 50,0\%$	<b>50,0%</b>
	$30,0\% \leq X < 40,0\%$	<b>25,0%</b>
Número acción	4	
Descripción acción	100,0% de cobertura (ingresos de personas de 65 años y más a estrategia de cuidado integral con su correspondiente Plan de Cuidado) comprometida por el Servicio de Salud en el período	
Medios de verificación	I. REM	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	$X \geq 100,0\%$	<b>100,0%</b>
	$60,0\% \leq X < 80,0\%$	<b>75,0%</b>
	$50,0\% \leq X < 60,0\%$	<b>50,0%</b>
	$40,0\% \leq X < 50,0\%$	<b>25,0%</b>
	$X < 40,0\%$	<b>0,0%</b>

Nombre del indicador	<b>8.2 Porcentaje de cumplimiento de las acciones para el fortalecimiento del programa de Atención Domiciliaria en el período.</b>
Fórmula de cálculo	<p><b>Acción 1:</b> (Número de planes de cuidados en personas con dependencia severa en programa, elaborados en el período / Número de usuarios ingresados al programa de atención domiciliaria para personas con dependencia severa en el período) x 100</p> <p><b>Acción 2:</b> (Número de personas bajo control en el programa de atención domiciliaria para personas con dependencia severa / Número total de cuidadores de usuarios de programa de atención domiciliaria para personas con dependencia severa.) x 100</p> <p><b>Acción 3:</b> (Número de planes de cuidados de usuarios ingresados a programa de atención domiciliaria para personas con dependencia severa, evaluados en el período / Número de planes de cuidados en personas con dependencia severa en programa, elaborados en el período) x 100</p> <p><b>Acción 4:</b> (Número de cuidadores de usuarios de programa de atención domiciliaria para personas con dependencia severa, con examen de medicina preventiva vigente / Número total de cuidadoras/es de usuarios de programa de atención domiciliaria para personas con dependencia severa) x 100</p>
Fuente de datos	REM A26, Sección A.1; REM A05, Sección J; REM P03, Sección B

<b>I Corte (enero – junio)</b>		
Número acción	1	
Descripción acción	Alcanzar un 100,0% de cobertura de elaboración de plan integral de cuidados, en usuarios ingresados al Programa de Atención Domiciliaria para personas con Dependencia Severa, en el período	
Medios de verificación	i. Numerador: REM A26, Sección A.1 - Denominador: REM A05, Sección J	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	$X \geq 100,0\%$	<b>100,0%</b>
	$85,0\% \leq X < 100,0\%$	<b>75,0%</b>
	$70,0\% \leq X < 85,0\%$	<b>50,0%</b>
	$55,0\% \leq X < 70,0\%$	<b>25,0%</b>
	$X < 55,0\%$	<b>0,0%</b>
Número acción	2	



Descripción acción	Alcanzar un <b>80,0%</b> de cobertura de evaluación de nivel de sobrecarga vigente en Cuidadoras/es de usuarios de Programa de Atención Domiciliaria para personas con Dependencia Severa.	
Medios de verificación	i. Numerador: REM P03, Sección B - Denominador: REM P03, Sección B	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	<b>X ≥ 80,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>65,0% ≤ X &lt; 80,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>50,0% ≤ X &lt; 65,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>40,0% ≤ X &lt; 50,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 50,0%</b>	<b>0,0%</b>

<b>II Corte (julio – diciembre)</b>		
Número acción	<b>3</b>	
Descripción acción	Alcanzar un <b>70,0%</b> de cumplimiento de evaluación de planes integral de cuidados de usuarios ingresados al Programa de Atención Domiciliaria para personas con Dependencia Severa, en el periodo.	
Medios de Verificación	i. Numerador: REM A26, Sección A.1 - Denominador: REM A26, Sección A.1	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	<b>X ≥ 70,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>60,0% ≤ X &lt; 70,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>50,0% ≤ X &lt; 60,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>30,0% ≤ X &lt; 50,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 30,0%</b>	<b>0,0%</b>
Número acción	<b>4</b>	
Descripción acción	Alcanzar un <b>80,0%</b> de Cobertura de Examen de Medicina Preventiva en Cuidadoras/es de usuarios de Programa de Atención Domiciliaria para personas con Dependencia Severa	
Medios de Verificación	i. Numerador: REM P03, Sección B - Denominador: REM P03 Sección B	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	<b>X ≥ 80,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>65,0% ≤ X &lt; 80,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>50,0% ≤ X &lt; 65,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>40,0% ≤ X &lt; 50,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 50,0%</b>	<b>0,0%</b>

Nombre del indicador	<b>8.3. Tasa de variación anual de la cobertura de vacunación neumocócica polisacárida e influenza en población objetivo.</b>
Fórmula de cálculo	<p style="text-align: center;"><b>Acción 1 y 3</b></p> <p style="text-align: center;">((Porcentaje de Cobertura en población de 65 años o más con dosis única de vacuna neumocócica polisacárida en el periodo (t)) – (Porcentaje de Cobertura en población de 65 años o más con dosis única de vacuna neumocócica polisacárida en el periodo (t-1)) / Porcentaje de Cobertura en población de 65 años o más con dosis única de vacuna neumocócica polisacárida en el periodo (t-1))</p> <p style="text-align: center;"><b>Acción 2 y 4</b></p> <p style="text-align: center;">(Población de 65 años o más con dosis anual de vacuna anti-influenza / Población de 65 años definida por INE) x 100</p>
Fuente de datos	-Informes emitidos por los Servicios de Salud. -Registro nacional de inmunización (RNI) - Población INE



I Corte (enero – junio)		
Número acción	1	
Descripción acción	Alcanzar <b>10 puntos porcentuales</b> de aumento sobre línea base de la población de 65 años o más con dosis única de vacuna neumocócica polisacárida al 30 de junio de 2024	
Medios de Verificación	Reporte de cobertura de vacunación neumocócica extraído del registro nacional de inmunizaciones	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	<b>X ≥ 10 p.p. sobre LB</b>	<b>100,0%</b>
	<b>8 p.p. ≤ X &lt; 10 p.p. sobre LB</b>	<b>75,0%</b>
	<b>6 p.p. ≤ X &lt; 8 p.p. sobre LB</b>	<b>50,0%</b>
	<b>4 p.p. ≤ X &lt; 6 p.p. sobre LB</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 4 p.p. sobre LB</b>	<b>0,0%</b>
Número acción	2	
Descripción acción	Alcanzar un <b>60,0%</b> de la población de 65 años o más con dosis anual de vacuna anti-influenza al 30 de junio de 2024	
Medios de Verificación	i. Reporte de cobertura de vacunación anti-influenza extraído del registro nacional de inmunizaciones	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	<b>X ≥ 60,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>55,0% ≤ X &lt; 60,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>50,0% ≤ X &lt; 55,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>45,0% ≤ X &lt; 50,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 45,0%</b>	<b>0,0%</b>

II Corte (enero – diciembre)		
Número acción	3	
Descripción acción	Alcanzar <b>20 puntos porcentuales</b> de aumento sobre línea base de la población de 65 años o más con dosis única de vacuna neumocócica polisacárida al 31 de diciembre de 2024	
Medios de Verificación	i. Reporte de cobertura de vacunación neumocócica extraído del registro nacional de inmunizaciones	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	<b>X ≥ 20 p.p. sobre LB</b>	<b>100%</b>
	<b>15 p.p. ≤ X &lt; 20 p.p. sobre LB</b>	<b>75%</b>
	<b>10 p.p. ≤ X &lt; 15 p.p. sobre LB</b>	<b>50%</b>
	<b>5 p.p. ≤ X &lt; 10 p.p. sobre LB</b>	<b>25%</b>
	<b>X &lt; 5 p.p. sobre LB</b>	<b>0,0%</b>
Número acción	4	
Descripción acción	Alcanzar un <b>85,0%</b> de la población de 65 años o más con dosis anual de vacuna anti-influenza al 31 de diciembre de 2024	
Medios de Verificación	i. Reporte de cobertura de vacunación anti-influenza extraído del registro nacional de inmunizaciones	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	<b>X ≥ 85,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>75,0% ≤ X &lt; 85,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>65,0% ≤ X &lt; 75,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>55,0% ≤ X &lt; 65,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 55,0%</b>	<b>0,0%</b>



Ministerio de Salud

Gobierno de Chile



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





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

## 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, junto a anterior, medir con precisión el nivel de cumplimiento de los protocolos y los tiempos establecidos en la atención telefónica del SAMU, asegurando así respuestas rápidas, precisas y oportunas en situaciones de emergencia.

Este enfoque busca mejorar la calidad y eficiencia de la atención sanitaria, garantizando un seguimiento adecuado y una atención oportuna a quienes lo necesitan, disminuyendo el número de pacientes que no completan el proceso de atención de Urgencia.

## 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.
- Evaluar y optimizar la eficacia operativa de la atención telefónica del SAMU, para medir el cumplimiento de protocolos y tiempos establecidos.

## 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 cardíaca, enfermedad renal crónica, retinopatía, por nombrar algunas. Todas estas complicaciones conllevan una carga importante para la persona, su entorno y para el sistema de salud. Por esto, es importante que la información de estos pacientes consultantes en los servicios de urgencia, esté disponible para la red de establecimientos de APS, para optimizar el acceso a la atención y el tratamiento en estas personas, previniendo mayores complicaciones y generando un impacto su calidad de vida.

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



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

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

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

En el Proceso de Atención de Urgencia, se debe identificar claramente su inicio, el cual está dado por el primer subproceso clínico que corresponde a la priorización de la demanda de atención por medio del Selector de demanda, siendo la puerta de entrada al proceso de atención de urgencia. Este subproceso determina un flujo diferenciado de atención para cada subgrupo de pacientes, según su complejidad<sup>22 23</sup>.

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

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

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

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

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.

<sup>22</sup> <https://www.esitriage.com>. Resolución exenta N° 108 del 29 de junio 2018, Aprueba “Orientación Técnica del Sistema de Priorización Estructurada de la atención de pacientes en UEH 2018”, Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL Chile.

<sup>23</sup> Ordinario N°293 Mantenimiento Normativo Sidra 2018 Protocolo de Categorización de Urgencia versión 1.3, 25 de enero 2018, Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL Chile.



El objetivo de este subproceso debe:

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

La relevancia del Proceso de atención de Urgencia es que el total de pacientes que solicitaron atención, alcancen el alta médica. Los pacientes que no completan el proceso de atención hasta tener el alta médica se consideran como indicador de abandono, lo que incluye tanto a los pacientes que se retiraron antes de ser categorizados, como los que son categorizados y se retiran antes de recibir atención médica<sup>24</sup>.

Desde la perspectiva del proceso de atención de urgencia, este se entiende como el conjunto de acciones que se llevan a cabo para dar respuesta a su problema de salud de urgencia en forma oportuna, eficiente y eficaz en relación a la demanda y recursos disponibles, comprendiendo los subprocesos de atención de urgencia: Categorización-Admisión Administrativa, Atención Clínica, Gestión de Indicaciones y Alta médica, los periodos temporales que implica la ejecución de los mismos se definen como tiempos de procesos. En este marco teórico es que se fundamenta la medición del tiempo de estada en urgencia de un usuario (Atención de pacientes en unidades de emergencia hospitalaria en tiempo estándar), desde la primera evaluación médica, hasta el hito de alta indicado por el mismo profesional como un plazo no mayor a las 6 Hrs, constituyéndose como un indicador cardinal, tanto de procesos como de resultados y calidad de atención del proceso de atención de urgencia en las Unidades de Emergencia hospitalaria ampliamente validado por la literatura.

### Nivel de atención para el servicio telefónico SAMU 131.

El modelo nacional SAMU busca alcanzar un nivel servicio del 90% y superior, es decir, que del total de llamadas que ingresan a la central telefónica sea contestado un 90% y más. Esta estrategia se plasma en el indicador de Eficacia Operacional para el servicio telefónico SAMU 131, el cual busca monitorear y garantizar que se cumplan los estándares, asegurando que la atención a los usuarios cumpla con las expectativas nacionales.

Actualmente, el nivel de servicio se encuentra en un 80% (datos del año 2022), lo que sugiere oportunidades para mejorar la eficiencia operacional y acercarse al estándar establecido. Este indicador no solo proporciona una medida cuantitativa del rendimiento, sino que también orienta los esfuerzos hacia áreas específicas que requieren mejoras, permitiendo una gestión más focalizada y efectiva.

La eficacia operacional, evaluada a través del porcentaje de llamadas atendidas, impacta directamente en la experiencia del usuario. Un mayor nivel de servicio garantiza una atención más rápida y eficaz, contribuyendo a mejorar la satisfacción general de quienes buscan ayuda a través del 131.

El monitoreo y medición este indicador establece un ciclo de retroalimentación constante que facilita la adaptación ágil a las fluctuaciones en la demanda de servicios de emergencia. Esto posibilita la toma de decisiones proactiva para optimizar la eficiencia operacional y asegurar una atención oportuna.

La publicación y revisión regular de estos datos, fomenta la transparencia en la gestión del servicio de emergencia. Tanto la comunidad como las autoridades pueden evaluar la eficiencia operacional, promoviendo la rendición de cuentas y brindando oportunidades para la mejora continua del servicio.

---

<sup>24</sup> Ordinario 551 del 06 de febrero 2018, “Estándares y Recomendaciones al Proceso de Atención de Urgencia Hospitalaria”. Red de Urgencia Hospitalaria División de Gestión de la Red Asistencial Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud.



## 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: Hipertensión arterial (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, 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.
- **SAMU:** Servicio de Atención Médica de Urgencia.
- **Centro regulador SAMU:** Central telefónica que recibe llamadas al 131 de SAMU (21 en total a nivel país).
- **Servicio de atención telefónica:** Se refiere al número de llamadas que ingresan al servicio telefónico 131 y son contestadas por un operador telefónico en el Centro Regulador SAMU.
- **Estándar de Atención de urgencia:** La atención de urgencia de un usuario en las unidades de emergencia hospitalaria está definida bajo un modelo de atención basado en procesos según los Estándares y recomendaciones al Proceso de Atención de Urgencia, en las Unidades de Emergencia Hospitalaria del año 2018, donde la atención de pacientes, desde la primera evaluación médica, hasta el alta indicado por el mismo profesional no debe ser mayor a las 6 horas.



## 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.
- 9.3 Porcentaje de cumplimiento del nivel de Atención de plataforma Telefónica 131 SAMU.

## 6. Metas nacionales año 2024

- 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%**.
- Se espera que el **90,0%** de las llamadas que ingresan al servicio telefónico 131 sean contestadas por un operador telefónico en el Centro Regulador SAMU.

## 7. Ficha general de indicadores

Nombre del indicador	<b>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.</b>
Fórmula de cálculo	<b>Acción 1:</b> (Número de requisitos cumplidos en el periodo / número de requisitos establecidos en el periodo) x 100. <b>Acción 2 y 3:</b> (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 el Servicio de Salud, 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. ii. Ordinario que convoque a reunión al equipo de trabajo con calendario de reuniones y supervisiones establecido para el año en curso.
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>
	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	X = 100,0%
	100,0%
	X < 100,0%
	0,0%
Número acción	2
Descripción acción	Porcentaje de derivación desde los SU hacia la APS, y la atención efectiva de dichas derivaciones.
Medios de verificación	i. Informe emitido por el Servicio de Salud, con el porcentaje de derivación y su atención efectiva en APS ii. Planilla Excel con casos individualizados, que contenga al menos origen (UEH o SU APS), fecha de atención, diagnóstico (ENT), establecimiento APS derivado y citación.
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>
	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	X ≥ 60,0%
	100,0%



	$55,0\% \leq X < 60,0\%$	75,0%
	$50,0\% \leq X < 55,0\%$	50,0%
	$40,0\% \leq X < 50,0\%$	25,0%
	$X < 40,0\%$	0,0%

**II Corte (julio – diciembre)**

Número acción	3	
Descripción acción	Porcentaje de derivación desde los SU hacia la APS, y la atención efectiva de dichas derivaciones.	
Medios de verificación	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. Informe emitido por el Servicio de Salud, con el porcentaje de derivación y su atención efectiva en APS</li> <li>ii. Planilla Excel con casos individualizados, que contenga al menos origen (UEH o SU APS), fecha de atención, diagnóstico (ENT), establecimiento APS derivado y citación.</li> </ul>	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	$X \geq 80,0\%$	100,0%
	$75,0\% \leq X < 80,0\%$	75,0%
	$70,0\% \leq X < 75,0\%$	50,0%
	$60,0\% \leq X < 70,0\%$	25,0%
	$X < 60,0\%$	0,0%

Nombre del indicador	<b>9.2 Porcentaje de usuarios que abandonan durante el Proceso de Atención de Urgencia en las Unidades de Emergencia Hospitalaria Adulto y Pediátrica.</b>
Fórmula de cálculo	$[(\text{Número total de DAU generados en las unidades de emergencia hospitalaria adulto y pediátrica en el periodo} - \text{Número total de atenciones desde las unidades de emergencia hospitalaria adulto y pediátrica en el periodo}) / \text{Número total de DAU generados en las unidades de emergencia hospitalaria adulto y pediátrica en el periodo}] \times 100.$
Fuente de datos	Reporte emitido a través de Convergente de datos de Urgencia.

**I Corte (enero – junio)**

Número acción	1	
Descripción acción	Informe de medición, monitoreo y resultados de los indicadores del corte.	
Medios de verificación	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. Reporte que dé cuenta del resultado con Número de Demanda y Número de atenciones de Urgencia. Fuente: Convergente de Datos de Urgencia.</li> </ul>	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	$X \leq 10,0\%$	100,0%
	$12,5\% \geq X > 10,0\%$	75,0%
	$15,0\% \geq X > 12,5\%$	50,0%
	$17,5\% \geq X > 15,0\%$	25,0%
	$X > 17,5\%$	0,0%

**II Corte (julio – diciembre)**

Número acción	2	
Descripción acción	Informe de medición, monitoreo y resultados de los indicadores del corte.	
Medios de verificación	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. Reporte que dé cuenta del resultado, con Número de Demanda de Urgencia y Número de atenciones de urgencia. Fuente: Convergente de Datos de Urgencia</li> </ul>	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	$X \leq 10,0\%$	100,0%
	$12,5\% \geq X > 10,0\%$	75,0%
	$15,0\% \geq X > 12,5\%$	50,0%
	$17,5\% \geq X > 15,0\%$	25,0%
	$X > 17,5\%$	0,0%



Nombre del indicador	<b>9.3 Porcentaje de cumplimiento del nivel de Atención de plataforma Telefónica 131 SAMU.</b>
Fórmula de cálculo	(Número de llamadas atendidas en el año t / Número de llamadas recibidas en el año t) x 100  *Se precisa exclusión de llamadas no contestadas/abandonadas antes de 3 segundos. (detalle en consideraciones técnicas)
Fuente de datos	Registro de llamadas plataforma 131 de proveedor de servicio telefónico Administrador de Comunicaciones Unificadas (CallManager).

I Corte (enero – junio)		
Número acción	1	
Descripción acción	i. Informe de medición, monitoreo y resultados del Servicio de Salud con corte al 30 de junio de 2024.	
Medios de verificación	Registro de llamadas plataforma 131 de proveedor de servicio telefónico Administrador de Comunicaciones Unificadas (CallManager).	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	<b>X ≥ 90,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>83,3% ≤ X &lt; 90,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>76,7% ≤ X &lt; 83,3%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>70,0% ≤ X &lt; 76,7%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X ≤ 70,0%</b>	<b>0,0%</b>

II Corte (julio – diciembre)		
Número acción	2	
Descripción acción	i. Informe de medición, monitoreo y resultados del Servicio de Salud con corte al 31 de diciembre de 2024.	
Medios de verificación	Registro de llamadas plataforma 131 de proveedor ENTEL - Administrador de Comunicaciones Unificadas de Cisco (CallManager) para numerador	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	<b>X ≥ 90,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>83,3% ≤ X &lt; 90,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>76,7% ≤ X &lt; 83,3%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>70,0% ≤ X &lt; 76,7%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X ≤ 70,0%</b>	<b>0,0%</b>

## 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: Hipertensión arterial (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).
- Destacar la importancia que desde los Servicios de Salud se supervise la correcta conexión y tributación diaria a la “Convergente de datos de Urgencia”, para así, evitar problemas posteriores en la medición de los cortes semestrales de este indicador.

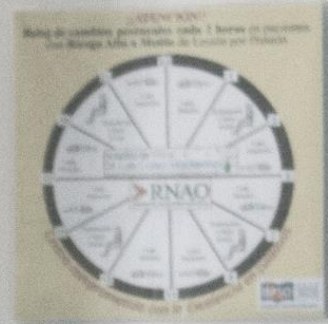
## 9.3 Porcentaje de cumplimiento del nivel de Atención de plataforma Telefónica 131 SAMU.

- El indicador aplica a los Servicios de Salud que tienen en su jurisdicción un centro regulador con respuesta a la plataforma 131 SAMU.
- Se excluyen las llamadas no contestadas, abandonadas antes de 3 segundos (solo por parte del usuario), ya que en muchos casos se debe posiblemente a un problema técnico, como un error en la marcación, una desconexión rápida o un intento de llamada fallido por tal razón no se contabiliza como llamada entrante.



Ministerio de  
Salud

Gobierno de Chile



# COMPROMISO DE GESTIÓN N°10 PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN





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

## 1. Objetivo general

Fortalecer 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

- Continuar con funcionamiento de comité de eficiencia hospitalaria, tanto en Servicio de salud como Establecimientos de la red.
- Analizar, reforzar y optimizar resultados de indicadores de gestión hospitalaria, tales como Estancia Media inlier.
- Optimizar los días de estada en hospitalización domiciliaria

## 3. Marco referencial

La gestión hospitalaria, constituye un elemento fundamental del sistema de salud, mejora la calidad asistencial de los pacientes, disminuye costos manteniendo la calidad de atención, mejora la eficiencia, reduce eventos adversos y garantiza el derecho a la salud para todas las personas.

Respecto a la gestión por procesos, está 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 cama<sup>25</sup>.

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, 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

<sup>25</sup> Lira, L (2013). Impacto del sistema de alta dirección pública (SADP) en la gestión hospitalaria: Un análisis empírico.



médica. Por esta razón, es fundamental conocer el flujo del proceso de hospitalización desde que el paciente ingresa y debe analizarse desde diferentes perspectivas<sup>26</sup>.

Debido a lo anterior, y considerando el impacto que tienen los distintos elementos que componen el proceso de hospitalización, se ha definido dar continuidad al trabajo iniciado el año 2023, y enfocarse en la gestión oportuna y eficiente del recurso cama para los pacientes de nuestra red. Para este año se focaliza, como especialidad médica trazadora, la especialidad de medicina interna que corresponde al 17% de los egresos totales a nivel país (fuente GRD 2022-2023 corte a septiembre). Sumado al impacto de esta especialidad en las estancias evitables y lo evidenciado en el programa de acompañamiento desde DIGERA MINSAL.

En esta misma línea, se implementó el seguimiento y medición de los días de estada de hospitalización domiciliaria (HD), lo cual permite optimizar el acceso y la oportunidad de atención. Reforzando así el foco en la atención de pacientes agudos o con reagudización de patologías crónicas.

## 4. Definiciones y terminología

- **Estancia media (EM) inlier:** Relación entre las estancias y episodios en un determinado grupo de análisis (media aritmética de la estancia), con exclusión de los casos extremos (Outliers).
- **Personas atendidas:** Se refiere a la sumatoria del total de pacientes que son atendidos bajo la modalidad de hospitalización domiciliaria. Incluye los pacientes que se traspasaron del mes anterior y los ingresos del mes actual.
- **Días personas atendidas:** Es el número total de días que el paciente se encuentra bajo los cuidados de hospitalización domiciliaria. Corresponde a la sumatoria de días totales de hospitalización por paciente durante el mes.
- **Promedio días de estada:** Se entenderá como el total días personas atendidas en el período / total de personas atendidas en el período.

## 5. Nombres de indicadores

- 10.1** Porcentaje de cumplimiento del plan de mejora sobre gestión y eficiencia del proceso de hospitalización.
- 10.2** Variación porcentual de EM inlier, en especialidad de medicina interna, del proceso de hospitalización.
- 10.3** Porcentaje de cumplimiento de la meta de disminución del promedio días de estada en Hospitalización Domiciliaria.

## 6. Metas nacionales año 2024

- Obtener un plan de mejora de la Red de cada Servicio de Salud, en continuidad con año 2023, cuyo objetivo es mejorar la eficiencia hospitalaria en el contexto de trabajo en la red de salud en la meso gestión.
- Disminuir EM inlier, de la especialidad de medicina interna, **en al menos 5,0%** respecto a igual periodo del año anterior, como Servicio de Salud.
- Lograr un promedio de días de estada **≤ 8,5 días** en Hospitalización Domiciliaria, en el 100% de los Servicios de Salud. Se cumple alcanzando el **95,0%** de la meta.

<sup>2</sup> Méndez, C (2022). Lineamientos en gestión y eficiencia hospitalaria. Tercera parte. DIGERA, MINSAL.



## 7. Ficha general de indicadores

Nombre del indicador	<b>10.1 Porcentaje de cumplimiento de plan de mejora sobre gestión y eficiencia del Proceso de Hospitalización.</b>
Fórmula de cálculo	(Número de actividades requeridas cumplidas / Total de actividades requeridas para el periodo) x 100
Fuente de datos	Local y GRD

I Corte (enero – junio)									
Número acción	1								
Descripción acción	<p><b>Elaboración plan de mejora que contenga:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Actualización del Comité de Eficiencia Hospitalaria mediante nueva resolución.</li> <li>- Realizar un nuevo 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"> <li>1. Análisis de la casuística hospitalaria</li> <li>2. Identificación de los nodos críticos que impactan en la estancia hospitalaria en los establecimientos de su red y plan de abordaje de estos.</li> <li>3. Supervisión del progreso y cumplimiento del plan de trabajo establecido.</li> <li>4. Diseño e implementación de estrategias para facilitar la coordinación intra y extrahospitalaria. Monitoreo permanente de indicadores de gestión clínica y estadística.</li> </ol> </li> </ul> <p><b>Adicionalmente a lo anterior, para este periodo se ha definido focalizar en estrategias tales como:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Selección de 5 GRDs (médico-quirúrgico + electivo) que se encuentren con IEMA &gt;1.0 y de relevancia para el Establecimiento que contenga descripción de los nodos críticos, desarrollo de actividades de mejora, indicadores propuestos y responsables. En paralelo debe continuar el plan de trabajo del 2023 y en caso de incumplimiento de indicadores y/o brechas debe reformularlo e incorporarlo en dicho plan.</li> <li>- Incorporar en dicho plan el 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,</li> <li>- Identificar y analizar la habilitación de la totalidad de la dotación de camas de la red (seguimiento de camas fuera de servicio)</li> </ul> <p>*Se entregará pauta de cotejo con requisitos mínimos que debe contener el plan de trabajo.</p>								
Medios de verificación	i. 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	<p>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.</p> <p>a) Seguimiento de objetivos, actividades e indicadores (cuali y cuantitativos) establecidos en el plan de trabajo del servicio de salud y su Red.</p>						
Medios de verificación	i. Formato de Informe que se ajuste a pauta de cotejo e insumos 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> </tbody> </table>	Resultado obtenido	Porcentaje de cumplimiento asignado	Cumple completamente con pauta de cotejo	100,0%	Cumple parcialmente con pauta de cotejo	50,0%
	Resultado obtenido	Porcentaje de cumplimiento asignado					
Cumple completamente con pauta de cotejo	100,0%						
Cumple parcialmente con pauta de cotejo	50,0%						



	<b>No cumple con pauta de cotejo con verificables</b>	<b>0,0%</b>
--	---	-------------

Nombre del indicador	<b>10.2 Variación porcentual de EM inlier, de la especialidad de medicina interna, por Servicio de Salud</b>	
Fórmula de cálculo	((EM Inlier periodo t - EM Inlier periodo t-1) / (EM Inlier periodo t-1) x 100)).	
Fuente de datos	Fuente GRD	

<b>I Corte (enero – junio)</b>		
Número acción	<b>1</b>	
Descripción acción	La Estancia media (EM) inlier se considera la relación entre las estancias totales y el número de episodios, de aquellos casos cuya estancia se encuentra dentro del rango de la norma (con exclusión de los casos extremos o outliers).	
Medios de verificación	i. GRD.	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	<b>Disminución EM Inlier ≥ 5,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>Disminución EM Inlier 2,5% ≤ 4,9%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>Disminución EM Inlier ≤ 2,4%</b>	<b>0,0%</b>

<b>II Corte (enero – diciembre)</b>		
Número acción	<b>2</b>	
Descripción acción	La Estancia media (EM) inlier se considera la relación entre las estancias totales y el número de episodios, de aquellos casos cuya estancia se encuentra dentro del rango de la norma (con exclusión de los casos extremos o outliers)	
Medios de verificación	GRD.	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	<b>Disminución EM Inlier ≥ 5,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>Disminución EM Inlier 2,5% ≤ 4,9%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>Disminución EM Inlier ≤ 2,4%</b>	<b>0,0%</b>

Nombre del indicador	<b>10.3 Porcentaje de cumplimiento de la meta de disminución del promedio días de estada en Hospitalización Domiciliaria.</b>	
Fórmula de cálculo	<b>1er corte</b>	
	Los Servicios de Salud deberán reducir el número de días de estada en hospitalización domiciliaria	
	$Meta\ 1\ corte = LB - \frac{LB - 8.5}{2};\ si\ LB\ menor\ que\ 8.5\ se\ debe\ mantener$ $Cumplimiento = \frac{Meta\ 1\ corte}{Promedio\ días\ estada\ del\ periodo} * 100$	
	Para lograr la meta solicitada, los Servicios de Salud deberán elaborar acciones que permitan una gestión adecuada de los pacientes bajo esta modalidad de atención. En caso de ser menor el promedio de estada del periodo que la meta, se considera cumplimiento 100%	
Fórmula de cálculo	<b>2do corte</b>	
	Los Servicios de Salud deberán reducir el número de días de estada en hospitalización domiciliaria	
	$Meta\ 2\ corte = LB - \frac{LB - 8.5}{1};\ si\ LB\ menor\ que\ 8.5\ se\ debe\ mantener$ $Cumplimiento = \frac{Meta\ 2\ corte}{Promedio\ días\ estada\ del\ periodo} * 100$	



Para lograr la meta solicitada, los Servicios de Salud deberán elaborar acciones que permitan una gestión adecuada de los pacientes bajo esta modalidad de atención. En caso de ser menor el promedio de estada del periodo que la meta, se considera cumplimiento 100%

Fuente de datos	REM A 21 Sección C1
-----------------	---------------------

<b>I Corte (enero – junio)</b>		
Número acción	1	
Descripción acción	Disminuir un 95,0% o más de la meta del periodo.	
Medios de verificación	i. Datos obtenidos directamente desde el REM A21 Sección C1	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	$X \geq 95,0\%$	<b>100,0%</b>
	$80,0\% \leq X < 95,0\%$	<b>75,0%</b>
	$60,0\% \leq X < 80,0\%$	<b>50,0%</b>
	$40,0\% \leq X < 60,0\%$	<b>25,0%</b>
	$X < 40,0\%$	<b>0,0%</b>

<b>II Corte (enero – diciembre)</b>		
Número acción	2	
Descripción acción	Disminuir un 95,0% o más de la meta del periodo.	
Medios de verificación	Datos obtenidos directamente desde el REM A21 Sección C1	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	$X \geq 95,0\%$	<b>100,0%</b>
	$80,0\% \leq X < 95,0\%$	<b>75,0%</b>
	$60,0\% \leq X < 80,0\%$	<b>50,0%</b>
	$40,0\% \leq X < 60,0\%$	<b>25,0%</b>
	$X < 40,0\%$	<b>0,0%</b>

## 8. Consideraciones técnicas

**10.1** Para efectos de cálculo de cumplimiento se considerará la ponderación según números de establecimientos del Servicio de salud. Ej: Si el SS posee 3 centro cada uno pondera 33.3% respecto al cumplimiento global.

Se entregará formato de informe y pauta de cotejo para la evaluación del plan.

**10.3** Las UHD deberán estar permanentemente monitorizando que sus pacientes no prolonguen sus hospitalizaciones innecesariamente. Para esto, de forma rutinaria, deberán evaluar la pertinencia de la estadía de cada paciente, en reuniones programadas como “pase de visita”, las que deben realizarse diariamente.

El año 2020 y 2021 el país se vio enfrentado a una crisis sanitaria por COVID 19, por lo cual todos los Equipos de Salud debieron reinventarse, así también las Hospitalizaciones Domiciliarias, ingresando pacientes con secuelas de SAR COV-2, u otros tipos de pacientes prolongados, lo que repercutió negativamente en el promedio de días de estada de algunas UHD, esto debe revertirse y volver a los lineamientos de Hospitalización Domiciliaria según DS N°1.

Para cada corte el VERIFICADOR es el REM A 21, sección C1.



$$LB = \frac{\text{Total días personas atendidas en el periodo enero – dic 2023}}{\text{Total Personas atendidas en el periodo enero – dic 2023}}$$



Ministerio de  
Salud

Gobierno de Chile



# COMPROMISO DE GESTIÓN N°11 PROCESO QUIRÚRGICO





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

## 1. Objetivo general

Incrementar la eficiencia y productividad en el ámbito quirúrgico a través de la implementación de medidas que permitan aumentar el número de Cirugías Mayores Ambulatorias (CMA), la reducción de cirugías mayores electivas suspendidas y la optimización de la capacidad instalada de los quirófanos con el propósito de generar una gestión más eficiente de los recursos y una mayor satisfacción de la demanda quirúrgica.

## 2. Objetivos específicos

- Incrementar la realización de Cirugías Mayores Ambulatorias (CMA) en comparación con las cirugías mayores electivas totales, favoreciendo una utilización más eficiente de los recursos y mejorando la experiencia del paciente con la posibilidad de recuperación en el hogar.
- Minimizar la cantidad de cirugías suspendidas en relación con el total de cirugías mayores electivas programadas, mediante estrategias efectivas que aborden y anticipen las posibles causas de suspensión.
- Lograr que la suspensión de cirugías mayores electivas debido a **causas logísticas sea igual o inferior al 0,6%**, a través de la implementación de medidas preventivas específicas y una gestión más eficiente de los recursos logísticos.
- Reducir la **suspensión de cirugías mayores electivas por causas administrativas a un máximo del 2,7%**, mediante la identificación y corrección de procesos administrativos que contribuyan a estas suspensiones.
- Establecer como meta **un porcentaje de suspensión quirúrgica igual o inferior al 6,5%**, abordando todas las causas posibles y mejorando globalmente la gestión quirúrgica para prevenir las suspensiones quirúrgicas de cirugías mayores electivas.
- Aumentar la cantidad de cirugías mayores electivas realizadas por quirófano según la capacidad instalada, buscando una gestión más eficiente de los recursos y una mayor satisfacción de la demanda quirúrgica.
- Mejorar la gestión de la tabla quirúrgica mediante estrategias que permitan anticipar y gestionar eficazmente la suspensión de cirugías mayores electivas, con el fin de minimizar interrupciones y optimizar la utilización de recursos.
- Mejorar la planificación quirúrgica mediante un análisis detallado de la programación, considerando factores como la disponibilidad de quirófanos, personal y recursos necesarios para anticipar y gestionar con tiempo.



- Implementar protocolos de comunicación efectiva entre los diferentes equipos involucrados en la gestión quirúrgica, asegurando una información fluida y oportuna sobre la tabla quirúrgica, así como cualquier cambio que pueda surgir en la planificación, para gestionar a tiempo y evitar las suspensiones.

### 3. Marco referencial

Este instrumento de evaluación ha sido diseñado con el propósito de medir la eficiencia y productividad en el ámbito quirúrgico, considerando tres indicadores clave. En primer lugar, se evalúa el número de cirugías mayores ambulatorias electivas realizadas en comparación con la cantidad total de cirugías mayores electivas en el periodo. El objetivo primordial es incrementar la implementación de la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), la cual no solo proporciona mayor eficiencia en el uso de los recursos, sino que también mejora la experiencia del paciente al posibilitar una recuperación en el hogar, reduciendo la separación de su entorno.

El segundo indicador se enfoca en la eficiencia de la gestión quirúrgica, evaluando el porcentaje de suspensión de cirugías en relación con el total de cirugías mayores electivas programadas. Minimizar las cirugías suspendidas contribuye a una planificación más efectiva y al mejor uso de los recursos disponibles. Este indicador se propone mejorar la gestión oportuna de la tabla quirúrgica para prevenir, anticipar y gestionar la suspensión de cirugías mayores electivas. Se han establecido tres componentes cada uno con una meta definida con el objetivo de abordar de manera más específica las posibles causas de suspensión.

El tercer indicador considera la realización de una cantidad de cirugías mayores electivas realizadas por quirófano, según la capacidad instalada. Este indicador busca mejorar la eficiencia y productividad al aumentar el número de cirugías mayores electivas realizadas por día, garantizando así una utilización óptima de los quirófanos y una gestión eficaz de la demanda quirúrgica.

El puntaje total de este Compromiso de Gestión se logra mediante la suma ponderada de los resultados obtenidos en cada indicador, proporcionando así una evaluación integral de la eficiencia quirúrgica que abarca la ambulatorización, la reducción de las cirugías mayores electivas suspendidas y la optimización de la capacidad instalada de los quirófanos.

### 4. Definiciones y terminología

- **Cirugía Mayor Electiva:** Es la intervención quirúrgica mayor que, por el tipo de diagnóstico y las características clínicas del paciente puede ser diferida en el tiempo para su realización y programada en tabla quirúrgica.
- **Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) Electiva:** Corresponde a una intervención quirúrgica mayor, que, de acuerdo con el diagnóstico y condición clínica de la persona, puede ser electiva. Se realiza en quirófano ambulatorio o central y la recuperación del paciente es menor a 24 horas. El período de observación postoperatoria debe ser realizado en una unidad destinada para este fin y no en una cama de dotación y una vez transcurrido el tiempo de recuperación anestésica, la persona usuaria vuelve a su domicilio.
- **Cirugía Mayor Hospitalizada (CMH):** Procedimiento quirúrgico que por la naturaleza de éste o por las condiciones del paciente, requiere la hospitalización por más de 24 horas utilizando para ello una cama de dotación.



- **Quirófano de Cirugía Mayor:** Se entiende por quirófano al espacio físico, de acceso restringido, con autorización sanitaria para su funcionamiento, que cuenta con instalaciones, equipamiento, instrumental y los elementos de uso quirúrgico necesarios y suficientes para realizar una intervención quirúrgica mayor en condiciones de asepsia y seguridad.
- **Quirófanos Cirugía Electiva:** Corresponde a los quirófanos disponibles para la resolución de pacientes electivos y que deben estar disponibles, al menos 8 horas.
- **Quirófanos Urgencia:** Se entiende por quirófanos de Urgencia aquellos destinados a resolver cirugías no electivas y que deben estar disponibles las 24 horas al día.
- **Quirófanos Obstétricos:** Destinados para resolver intervenciones quirúrgicas propias de la especialidad de Obstetricia y que deben estar disponibles las 24 horas al día.
- **Quirófanos Indiferenciados:** Son aquellos que se utilizan indistintamente en cirugía electiva y de urgencia. Su uso preferentemente es el horario que comprende la jornada diaria de trabajo, de lunes a viernes en horario de al menos 8 horas diarias. Están presentes en aquellos establecimientos de baja complejidad, que cuenten con dos o menos quirófanos y lo que les permite hacer una mejor utilización de su capacidad instalada. Los establecimientos de alta complejidad no debieran destinar en su dotación quirófanos indiferenciados.
- **Paciente condicional:** Es aquel que se programa más allá de las 8 horas de la tabla programada y queda en condición de suplencia frente a una probable suspensión de paciente o a la disponibilidad de quirófanos. No se debe contar con más de un 10,0% de pacientes condicionales en la programación del establecimiento. No se deben incluir pacientes que se vean afectados por el ayuno (diabetes), preparaciones especiales, enfermedades de salud mental, aspectos especiales (persona mayor, ruralidad, dependiente de cuidados), menos de 2 años, ni aquellos que requieran cirugías prolongadas y/o complejas.
- **Paciente agregado:** Aquel paciente que no es programado en tabla quirúrgica, ni es condicional, y que dada su condición clínica requiere ser intervenido utilizando un quirófano de cirugía mayor siempre bajo la autorización de la jefatura de pabellón.
- **Paciente condicional intervenido:** Aquel paciente incluido en tabla quirúrgica como condicional y que fue intervenido en un quirófano de cirugía mayor.
- **Bloque quirúrgico:** Corresponde a un módulo dinámico, en el que se asigna a una determinada especialidad, un periodo de tiempo del uso del quirófano de cirugía mayor, según la demanda quirúrgica del establecimiento. La asignación a las distintas especialidades debe resultar de la evaluación mensual de indicadores de eficiencia en el uso de los quirófanos, el volumen de pacientes GES y la LE de pacientes no GES, entre otros. Su asignación es responsabilidad del encargado del subproceso de tabla quirúrgica.
- **Rendimiento de los quirófanos electivos e indiferenciados en dotación:** N° de cirugías mayores electivas realizadas por día hábil en los quirófanos electivos e indiferenciados en dotación.
- **N° de cirugías mayores electivas programadas:** Considera todas las cirugías mayores electivas programadas en los diferentes horarios (hábil, inhábil y fines de semana) e independiente de la



previsión y modalidad de atención (MAI, MLE y No Beneficiario). Se incluyen además las cirugías ambulatorias electivas.

- **Número de pacientes suspendidos:** Corresponde registrar el número de pacientes suspendidos, definida como a toda persona que se encontraba programada en la tabla por especialidad y grupo etario. Se deben registrar todas las intervenciones quirúrgicas electivas suspendidas, en los diferentes horarios (hábil, inhábil y fines de semana), independiente de la previsión y modalidad de atención institucional, libre elección y pacientes no beneficiarios FONASA.
- **Producción quirúrgica de cirugías mayores electivas:** Corresponde al número total de cirugías mayores electivas (ambulatorias y no ambulatorias) realizadas en los establecimientos del país y debidamente registradas en los Resúmenes Estadísticos Mensuales (REM).
- **Causas de suspensión de cirugías mayores electivas atribuidas al paciente:**
  - Patología aguda.
  - Descompensación en pabellón.
  - Paciente fallece.
- **Causas de suspensión de cirugías mayores electivas Administrativas:**
  - No se presenta / No se ubica.
  - Rechaza operación.
  - Patología crónica descompensada.
  - Falta de ayuno.
  - Sin suspensión de anticoagulante u otras drogas proscritas (excluidas).
  - Atraso en el ingreso.
  - Patología no informada, no conocida (alergia al látex).
  - Estudio incompleto.
  - Exámenes alterados no corregidos.
  - Falta de preparación de piel, intestinal, antibiótica u otra específica.
  - Sin evaluación de especialista indicada.
  - Sin indicación quirúrgica.
  - Anticipación de cirugía por agudización de patología.
  - Error de programación.
  - Reemplazado por urgencia.
  - Sin cupo en recuperación.
  - Falta disponibilidad de cama en Unidades de Paciente Crítico.
  - Documentación incompleta.
  - Sin consentimiento informado firmado /ausencia de tutor legal consignado.
  - Falla coordinación con Unidad de Imagenología.
  - Falla coordinación con Unidad Anatomía Patología (biopsia rápida).
- **Causas de suspensión de cirugías mayores electivas por Unidades de apoyo clínico**
  - Falta sangre o hemoderivados.
- **Causas de suspensión de cirugías mayores electivas por Unidades de apoyo logístico**
  - Instrumental y/o material con falla de esterilización.
  - Instrumental incompleto o no disponible.
  - Equipamiento no operativo.



- Falta medicamentos/stock insuficiente.
- Falta de insumos/stock insuficiente.
- Falta de ropa quirúrgica/stock insuficiente.
  
- **Causas de suspensión de cirugías mayores electivas por Equipo Quirúrgico**
  - Falta / disponibilidad de cirujano
  - Falta / disponibilidad de técnico paramédico
  - Falta / disponibilidad de anestesiólogo
  - Falta / disponibilidad profesional no médico
  - Prolongación de tabla
  
- **Causas de suspensión de cirugías mayores electivas por Infraestructura**
  - Falta de personal de aseo.
  - Falla energía eléctrica.
  - Falla de climatización.
  - Falla de red húmeda.
  - Falla ascensor.
  - Falla gases clínicos.
  
- **Causas de suspensión de cirugías mayores electivas por Emergencias**
  - Desastres naturales: Terremotos, aluviones, tsunamis, inundaciones, erupciones volcánicas, etc.
  - Destrucción repentina e irrecuperable de la infraestructura del hospital.
  - Desastres de eventos deportivos.
  - Accidentes múltiples.
  - Incendios forestales.
  - Incendios o amago de incendio.
  - Inundaciones.
  - Derrame de productos químicos.
  - Aviso de bombas.
  - Actos delictuales.
  - Actos de marcada connotación pública.
  - Emergencias sanitarias.
  
- **Causas de suspensión de cirugías mayores electivas Gremiales**
  - Paro o movilización de funcionarios.

## 5. Nombres de indicadores

- 11.1 Porcentaje de cumplimiento de la meta de ambulatorización de cirugías mayores electivas.
- 11.2 Porcentaje de cumplimiento de las metas de suspensiones quirúrgicas mayores electivas.
- 11.3 Porcentaje de cumplimiento de producción esperada de cirugías mayores electivas según la capacidad instalada en cada Servicio de Salud.



## 6. Metas nacionales año 2024

- Lograr el **100,0%** de cumplimiento de la meta anual de ambulatorización de cirugías mayores electivas determinada para el Servicio de Salud en el año 2024.
- Alcanzar un porcentaje  $\leq 6,5\%$  de las suspensiones quirúrgicas mayores electivas a nivel nacional.
- Alcanzar un porcentaje  $\leq 2,7\%$  de suspensiones quirúrgicas mayores electivas por causal administrativa.
- Alcanzar un porcentaje  $\leq 0,6\%$  de suspensiones quirúrgicas mayores electivas por causal apoyo logístico.
- Alcanzar un porcentaje  $\leq 3,2\%$  de suspensiones quirúrgicas mayores electivas para el resto de las causales (atribuidas al paciente, unidades de apoyo clínico, equipo quirúrgico, infraestructura, emergencias y gremiales).
- Lograr **100,0%** de cumplimiento de la meta de producción de cirugías mayores electivas esperada, según la capacidad instalada en cada Servicio de Salud para el año 2024.

## 7. Fichas Generales de Indicadores

Nombre del indicador	<b>11.1 Porcentaje de cumplimiento de la meta de ambulatorización de cirugías mayores electivas.</b>
Fórmula de cálculo	(Número total de cirugías mayores ambulatorias electivas realizadas en el periodo / Número total de cirugías mayores electivas realizadas en el periodo) x 100.
Fuente de datos	DEIS REM BS17

I corte (enero – junio)													
Número acción	1												
Descripción acción	<p>Los Servicio de Salud tendrán una meta diferenciada de acuerdo con el porcentaje de ambulatorización obtenido en el último trimestre del año 2022, lo cual será su LB.</p> <p>El indicador considera alcanzar al final del trienio en el periodo comprendido entre el año 2023 y el 2025, una ambulatorización del <b>50% de la producción</b> total de cirugías mayores electivas a nivel nacional.</p> <p>Para aquellos Servicios de Salud que tengan una LB mayor o igual al 50%, la meta para ambos cortes será mantener el 50% de ambulatorización.</p> <p>El porcentaje de ambulatorización anual se determina con la siguiente fórmula:</p> $\text{Meta Anual} = \text{LB} + ((\text{M} - \text{LB}) \times \text{P}/3)$ <p><b>M:</b> Meta a obtener al final del trienio (50%).</p> <p><b>LB:</b> Línea base para cada Servicio de Salud que se obtiene del porcentaje ambulatorización realizado durante el último trimestre del año 2022.</p> <p><b>P:</b> Periodo de evolución (Valor = 3 primer año, valor= 2 el segundo año y valor= 1 el tercer año). Para este año corresponde un valor de 2.</p> <p>Cálculo de cumplimiento: <b>(Porcentaje de ambulatorización obtenido en el periodo / Meta anual de ambulatorización) x 100</b></p>												
Medios de verificación	i. Extracción centralizada por MINSAL de la base de datos REM BS17.												
Cálculo del cumplimiento	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Resultado obtenido</th> <th>Porcentaje de cumplimiento asignado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><math>X \geq 100\%</math> meta anual</td> <td>100,0%</td> </tr> <tr> <td><math>90\% \leq X &lt; 100\%</math> meta anual</td> <td>75,0%</td> </tr> <tr> <td><math>85\% \leq X &lt; 90\%</math> meta anual</td> <td>50,0%</td> </tr> <tr> <td><math>80\% \leq X &lt; 85\%</math> meta anual</td> <td>25,0%</td> </tr> <tr> <td><math>X &lt; 80\%</math> meta anual</td> <td>0,0%</td> </tr> </tbody> </table>	Resultado obtenido	Porcentaje de cumplimiento asignado	$X \geq 100\%$ meta anual	100,0%	$90\% \leq X < 100\%$ meta anual	75,0%	$85\% \leq X < 90\%$ meta anual	50,0%	$80\% \leq X < 85\%$ meta anual	25,0%	$X < 80\%$ meta anual	0,0%
	Resultado obtenido	Porcentaje de cumplimiento asignado											
	$X \geq 100\%$ meta anual	100,0%											
	$90\% \leq X < 100\%$ meta anual	75,0%											
	$85\% \leq X < 90\%$ meta anual	50,0%											
$80\% \leq X < 85\%$ meta anual	25,0%												
$X < 80\%$ meta anual	0,0%												

II corte (julio – diciembre)	
Número acción	2



Descripción acción	<p>Los Servicio de Salud tendrán una meta diferenciada de acuerdo con el porcentaje de ambulatorización obtenido en el último trimestre del año 2022, lo cual será su LB.</p> <p>El indicador considera alcanzar al final del trienio en el periodo comprendido entre el año 2023 y el 2025, una ambulatorización del <b>50% de la producción</b> total de cirugías mayores electivas a nivel nacional.</p> <p>Para aquellos Servicios de Salud que tengan una LB mayor o igual al 50%, la meta para ambos cortes será mantener el 50% de ambulatorización.</p> <p>El porcentaje de ambulatorización anual se determina con la siguiente fórmula:</p> $\text{Meta Anual} = \text{LB} + ((\text{M} - \text{LB}) \times \text{P}/3)$ <p><b>M:</b> Meta a obtener al final del trienio (50%).</p> <p><b>LB:</b> Línea base para cada Servicio de Salud que se obtiene del porcentaje ambulatorización realizado durante el último trimestre del año 2022.</p> <p><b>P:</b> Periodo de evolución (Valor = 3 primer año, valor= 2 el segundo año y valor= 1 el tercer año). Para este año corresponde un valor de 2.</p> <p>Cálculo de cumplimiento: <b>(Porcentaje de ambulatorización obtenido en el periodo Meta anual de ambulatorización) x 100</b></p>	
	Medios de verificación	Extracción centralizada por MINSAL de la base de datos REM BS17.
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	<b>X ≥ 100% meta anual</b>	<b>100,0%</b>
	<b>90% ≤ X &lt; 100% meta anual</b>	<b>75,0%</b>
	<b>85% ≤ X &lt; 90% meta anual</b>	<b>50,0%</b>
	<b>80% ≤ X &lt; 85% meta anual</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 80% meta anual</b>	<b>0%</b>

Nombre del indicador	<b>11.2 Porcentaje de cumplimiento de las metas de suspensiones quirúrgicas mayores electivas.</b>
Fórmula de cálculo	<p><b>Cálculo de cumplimiento:</b></p> $= \frac{3,2}{\left( \frac{\text{N}^\circ \text{ de cirugías mayores electivas suspendidas para el resto de las causales}}{\text{N}^\circ \text{ de cirugías mayores electivas programadas}} \right)} * 0,6$ $+ \frac{2,7}{\left( \frac{\text{N}^\circ \text{ de cirugías mayores electivas suspendidas por causa administrativa}}{\text{N}^\circ \text{ de cirugías mayores electivas programadas}} \right)} * 0,3$ $+ \frac{0,6}{\left( \frac{\text{N}^\circ \text{ de cirugías mayores electivas por causa apoyo logístico}}{\text{N}^\circ \text{ de cirugías mayores electivas programadas}} \right)} * 0,1$
Fuente de datos	En el caso de que cada componente sea mayor al 100%, se considera hasta el 100%. DEIS REM A 21



I Corte (enero – junio)													
Número acción	1												
Descripción acción	Alcanzar un <b>90,0%</b> de cumplimiento en el resultado del indicador.												
Medios de verificación	i. Extracción centralizada por MINSAL de la base de datos REM A 21												
Cálculo del cumplimiento	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Resultado obtenido</th> <th>Porcentaje de cumplimiento asignado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>X &gt; 90,0%</td> <td>100,0%</td> </tr> <tr> <td>85,0% &lt; X ≤ 90,0%</td> <td>75,0%</td> </tr> <tr> <td>80,0% &lt; X ≤ 85,0%</td> <td>50,0%</td> </tr> <tr> <td>75,0% &lt; X ≤ 80,0%</td> <td>25,0%</td> </tr> <tr> <td>X &lt; 75,0%</td> <td>0,0%</td> </tr> </tbody> </table>	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%
	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 (julio – diciembre)													
Número acción	2												
Descripción acción	Alcanzar un <b>90,0%</b> de cumplimiento en el resultado del indicador.												
Medios de verificación	i. Extracción centralizada por MINSAL de la base de datos REM A 21												
Cálculo del cumplimiento	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Resultado obtenido</th> <th>Porcentaje de cumplimiento asignado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>X &gt; 90,0%</td> <td>100,0%</td> </tr> <tr> <td>85,0% &lt; X ≤ 90,0%</td> <td>75,0%</td> </tr> <tr> <td>80,0% &lt; X ≤ 85,0%</td> <td>50,0%</td> </tr> <tr> <td>75,0% &lt; X ≤ 80,0%</td> <td>25,0%</td> </tr> <tr> <td>X &lt; 75,0%</td> <td>0,0%</td> </tr> </tbody> </table>	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%
	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%												

Nombre del Indicador	<b>11.3 Porcentaje de cumplimiento de producción esperada de cirugías mayores electivas según la capacidad instalada en cada Servicio de Salud.</b>
Fórmula de Cálculo	<p style="text-align: center;"><b>Meta de producción esperada en el corte:</b></p> <p style="text-align: center;">(4,1 x Número de días hábiles en el periodo x Número de quirófanos en dotación (quirófanos electivos + indiferenciados)) x 0,95</p> <p><b>4,1</b> corresponde al valor de rendimiento quirúrgico esperado a nivel nacional. El rendimiento se define como el número de cirugías mayores electivas realizadas por quirófano electivo e indiferenciado por día hábil en el periodo.</p> <p style="text-align: center;">Cálculo de cumplimiento:</p> <p style="text-align: center;"><b>(Número de cirugías mayores electivas realizadas en el periodo / Número de cirugías mayores electivas a realizar en el periodo según la capacidad instalada del Servicio de Salud) x 100</b></p>
Fuente de Datos	DEIS REM BS17



I Corte (enero – junio)		
Número acción	1	
Descripción acción	Alcanzar un <b>100,0%</b> de la meta producción de intervenciones quirúrgicas mayores electivas esperada según capacidad instalada correspondiente al primer semestre.	
Medios de verificación	i. Extracción centralizada de la base de datos REM BS17, correspondiente al periodo	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	<b>X ≥ 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>97,5% ≤ X &lt; 100,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>95,0% ≤ X &lt; 97,5%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>92,5% ≤ X &lt; 95,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 92,5%</b>	<b>0,0%</b>

II Corte (julio – diciembre)		
Número acción	2	
Descripción acción	Alcanzar un <b>100,0%</b> de la meta producción de intervenciones quirúrgicas mayores electivas esperada según capacidad instalada correspondiente al segundo semestre.	
Medios de verificación	i. Extracción centralizada de la base de datos REM BS17, correspondiente al periodo	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	<b>X ≥ 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>97,5% ≤ X &lt; 100,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>95,0% ≤ X &lt; 97,5%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>92,5% ≤ X &lt; 95,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 92,5%</b>	<b>0,0%</b>

## 8. Consideraciones técnicas.

El indicador 11.1 no será medido en los Institutos de Especialidad por su nivel de complejidad, a excepción del Instituto Traumatológico Dr. Teodoro Gebauer.

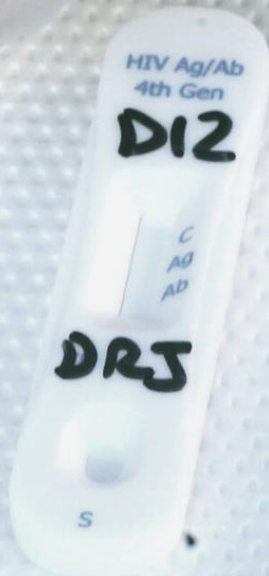


Ministerio de  
Salud

Gobierno de Chile



# COMPROMISO DE GESTIÓN N°12 PREVENCIÓN Y CONTROL DEL VIH





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

## 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.

## 3. Marco referencial

La Organización Mundial de la Salud, a través de ONUSIDA elevó las metas mundiales proponiendo 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 esta cifra 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 2022 en Chile vivirían 83.000 personas con VIH, de las cuales 78.170 conocerían su diagnóstico, lo que representa el 94% (intervalo de incertidumbre 83-100%) y 61.502 estarían en tratamiento antirretroviral (TAR), quienes representan el 79% (intervalo de incertidumbre 69-88%) del número de personas que viven con VIH y conocen su diagnóstico. De las personas que estarían recibiendo TAR, 59.564 tendrían un control virológico adecuado, es decir, carga viral menor a 1000 copias, lo que corresponde a un 97% (intervalo de incertidumbre: 85-100%).

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. Nombres 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.

## 6. Metas nacionales año 2024

- 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 **95,0%** de las personas que se encuentran en terapia antirretroviral, tengan carga viral indetectable en el período.

## 7. Ficha general de indicadores

Nombre del indicador	<b>12.1 Porcentaje de cumplimiento de test visual/rápido VIH programados por establecimientos de atención primaria del Servicio de Salud.</b>
Fórmula de cálculo	(Número de test visual/rápido VIH realizados en establecimientos de atención primaria del Servicio de Salud durante el año 2024 / Número total de test visual/rápido VIH programados por establecimientos de atención primaria Servicio de Salud para el año 2024) 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 <b>30,0%</b> 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 2024 (enero a junio)	
Medios de verificación	i. Informe en formato MINSAL con número test visual / rápido VIH realizados por establecimientos de atención primaria del Servicio de Salud al 30 de junio de 2024.	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	$X \geq 30,0\%$	<b>100,0%</b>
	$25,0\% \leq X < 30,0\%$	<b>75,0%</b>
	$20,0\% \leq X < 25,0\%$	<b>50,0%</b>
	$15,0\% \leq X < 20,0\%$	<b>25,0%</b>
	$X < 15,0\%$	<b>0,0%</b>

II Corte (enero – diciembre)		
Número acción	2	
Descripción acción	Alcanzar un <b>90,0%</b> 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 2024.	
Medios de verificación	i. Informe en formato MINSAL con número test visual / rápido VIH realizados por establecimientos de atención primaria del Servicio de Salud al 31 de diciembre de 2024 (enero a diciembre).	
del cumplimiento:	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	$X \geq 90,0\%$	<b>100,0%</b>
	$70,0\% \leq X < 90,0\%$	<b>75,0%</b>
	$50,0\% \leq X < 70,0\%$	<b>50,0%</b>
	$30,0\% \leq X < 50,0\%$	<b>25,0%</b>
	$X < 30,0\%$	<b>0,0%</b>

Nombre del indicador	<b>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.</b>
Fórmula de cálculo	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. 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.
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 <b>95,0%</b> de personas con VIH bajo control pertenecientes al Servicio de Salud que se encuentren en terapia antirretroviral al 30 de junio de 2024.	
Medios de verificación	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 2024.	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	$X \geq 95,0\%$	<b>100,0%</b>
	$90,0\% \leq X < 95,0\%$	<b>75,0%</b>
	$85,5\% \leq X < 90,0\%$	<b>50,0%</b>
	$80,0\% \leq X < 85,5\%$	<b>25,0%</b>
Número acción	2	
Descripción acción	Alcanzar al menos un <b>95,0%</b> de personas con VIH bajo control pertenecientes al Servicio de Salud que se encuentran en terapia antirretroviral con carga viral indetectable al 30 de junio de 2024.	
Medios de verificación	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 2024.	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	$X \geq 95,0\%$	<b>100,0%</b>
	$90,0\% \leq X < 95,0\%$	<b>75,0%</b>
	$85,5\% \leq X < 90,0\%$	<b>50,0%</b>
	$80,0\% \leq X < 85,5\%$	<b>25,0%</b>
	$X < 80,0\%$	<b>0,0%</b>

II Corte (enero – diciembre)		
Número acción	3	
Descripción acción	Alcanzar al menos un <b>95,0%</b> de personas con VIH bajo control pertenecientes al Servicio de Salud que se encuentren en terapia antirretroviral al 31 de diciembre de 2024.	
Medios de verificación	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 2024.	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	$X \geq 95,0\%$	<b>100,0%</b>
	$90,0\% \leq X < 95,0\%$	<b>75,0%</b>
	$85,0\% \leq X < 90,0\%$	<b>50,0%</b>
	$80,0\% \leq X < 85,0\%$	<b>25,0%</b>
Número acción	4	
Descripción acción	Alcanzar al menos un <b>95,0%</b> de personas con VIH bajo control pertenecientes al Servicio de Salud que se encuentran en terapia antirretroviral con carga viral indetectable al 31 de diciembre de 2024.	
Medios de verificación	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 2024.	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	$X \geq 95,0\%$	<b>100,0%</b>
	$90,0\% \leq X < 95,0\%$	<b>75,0%</b>
	$85,0\% \leq X < 90,0\%$	<b>50,0%</b>
	$80,0\% \leq X < 85,0\%$	<b>25,0%</b>
	$X < 80,0\%$	<b>0,0%</b>



## 8. Consideraciones técnicas

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

- 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.).
- 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.
- Corte I: enero a junio
- 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 (CV) indetectable en el periodo.

- Se considera CV indetectable aquellas con valores  $< 1000$  copias.
- Se debe considerar la medición de CV realizada cuando la persona está recibiendo TAR (terapia antirretroviral). No utilizar la carga viral basal previa al inicio de TAR.
- 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 de la última CV para el cálculo del indicador.
- La CV debe tener una antigüedad máxima de 12 meses al corte del periodo a evaluar.
- 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.

The background features a close-up of hands holding a glowing heart. Surrounding the heart are stylized icons of other organs: blue lungs, yellow kidneys, and a yellow liver. The top of the image has a horizontal bar with blue and red segments. In the upper right corner, there is a decorative pattern of white teardrop shapes.

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

**Infórmate más en**  
**[chilepaisdonante.minsal.cl](http://chilepaisdonante.minsal.cl)**



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

## 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 a nivel nacional y por Servicio de Salud.
- Aumentar el porcentaje de pacientes con certificación de muerte encefálica (potenciales donantes de órganos).

## 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 muerte encefálica (ME) o muerte por criterio neurológico:
  - Neurólogo o neurocirujano
  - Electroencefalograma (EEG)<sup>27</sup> con informe.
  - Doppler Transcraneano (DTC)<sup>28</sup> 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 técnica de extracción (centros que realizan trasplantes):
  - Urólogos para extracción renal.
  - Cirujanos digestivos o con formación para extracción de hígado
  - Cirujanos cardiotorácicos para extracción de corazón y pulmones.
- Se recomienda implementar otros consultores de llamado con disponibilidad para exámenes como:
  - Ecocardiograma con informe, para potenciales donantes de corazón.
  - Eco abdominal con informe, para donantes de órganos abdominales.

<sup>27, 4</sup> 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”



- 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.

#### 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 cumplimiento de la meta 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.

#### 6. Metas nacionales año 2024

- Tasa nacional y por Servicio de Salud de **13,0 donantes efectivos** en muerte encefálica pmp.
- Cumplir meta de aumento de porcentaje de potenciales donantes de órganos en los hospitales de la red con relación a línea base.

#### 7. Ficha general de indicadores

Nombre del indicador	<b>13.1 Tasa de donantes efectivos en muerte encefálica pmp generados por Servicio de Salud por año.</b>
Fórmula de cálculo	(Número total de donantes efectivos en muerte encefálica generados por cada Servicio de Salud en el periodo evaluado) / Población proyectada según INE 2017 por Servicio de Salud 2024) x 1.000.000
Fuente de datos	- Sistema integrado de donación y Trasplante (SIDOT) registro de los donantes efectivos en muerte encefálica - Población proyectada según Instituto Nacional de estadísticas (INE) año 2017

<b>I Corte (enero-junio)</b>	
Número acción	1



Descripción acción	Alcanzar <b>40,0%</b> de la tasa nacional anual y por SS donantes efectivos en muerte encefálica pmp, 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	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	<b>X ≥ 5,2 pmp</b>	<b>100,0%</b>
	<b>4,2 pmp ≤ X &lt; 5,2 pmp</b>	<b>75,0%</b>
	<b>3,2 pmp ≤ X &lt; 4,2 pmp</b>	<b>50,0%</b>
	<b>2,2 pmp ≤ X &lt; 3,2 pmp</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 2,2 pmp</b>	<b>0,0%</b>

<b>II Corte (enero - diciembre)</b>		
Número acción	<b>2</b>	
Descripción acción	Alcanzar una tasa nacional anual de <b>13 donantes efectivos</b> en muerte encefálica pmp, 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 13 pmp:	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	<b>X ≥ 13 pmp</b>	<b>100,0%</b>
	<b>11,0 pmp ≤ X &lt; 13,0 pmp</b>	<b>75,0%</b>
	<b>10,0 pmp ≤ X &lt; 11,0 pmp</b>	<b>50,0%</b>
	<b>8,0 pmp ≤ X &lt; 10,0 pmp</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 8,0 pmp</b>	<b>0,0%</b>

Nombre del indicador	<b>13.2 Porcentaje de cumplimiento de la meta 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.</b>									
Fórmula de cálculo	<p><b>Cálculo de resultado indicador COMGES:</b></p> <p><b>Línea base:</b> 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 2023. (enero a diciembre)</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>Según resultados 2023 (LB)</th> <th>Meta 2024</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Línea base ≥ 20,0%</td> <td>30%</td> </tr> <tr> <td>10,0% ≤ línea base &lt; 20,0%</td> <td>25%</td> </tr> <tr> <td>Línea Base &lt; 10,0%</td> <td>20%</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Cálculo resultado COMGES</b></p> <p>((Porcentaje de potenciales donantes (pacientes con certificación de muerte encefálica) en el periodo / Meta de potenciales donantes 2024) x 100</p>		Según resultados 2023 (LB)	Meta 2024	Línea base ≥ 20,0%	30%	10,0% ≤ línea base < 20,0%	25%	Línea Base < 10,0%	20%
Según resultados 2023 (LB)	Meta 2024									
Línea base ≥ 20,0%	30%									
10,0% ≤ línea base < 20,0%	25%									
Línea Base < 10,0%	20%									
Fuente de datos	<p>-Sistema integrado de donación y trasplante (SIDOT).</p> <p>-Reporte de fallecidos entre 6 meses y 78 años por causa neurológica reportados por GRD según Listado de códigos CIE 10.</p> <p>-Certificaciones de muerte por criterio neurológico o de los potenciales donantes registrados en el Sistema integrado de donación y trasplante SIDOT.</p>									

<b>I Corte (enero – junio)</b>		
Número acción	<b>1</b>	
Descripción acción	Cumplir con el <b>100,0%</b> de la meta asignada de aumento del porcentaje de potenciales	



	donantes de órganos en los hospitales de la red según 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	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	$X \geq 100,0\%$	<b>100,0%</b>
	$85,0\% \leq X < 100,0\%$	<b>75,0%</b>
	$70,0\% \leq X < 85,0\%$	<b>50,0%</b>
	$55,0\% \leq X < 70,0\%$	<b>25,0%</b>
	$X < 55,0\%$	<b>0,0%</b>

<b>II Corte (enero – diciembre)</b>		
Número acción	<b>2</b>	
Descripción acción	Cumplir con el <b>100,0%</b> de la meta asignada de aumento del porcentaje de potenciales donantes de órganos en los hospitales de la red según 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	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	$X \geq 100,0\%$	<b>100,0%</b>
	$85,0\% \leq X < 100,0\%$	<b>75,0%</b>
	$70,0\% \leq X < 85,0\%$	<b>50,0%</b>
	$55,0\% \leq X < 70,0\%$	<b>25,0%</b>
	$X < 55,0\%$	<b>0,0%</b>

## 8. Consideraciones técnicas

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

- Registro de certificaciones de muerte encefálica, completas en el Sistema Integrado de Donación y Trasplante (SIDOT).
- Resultados históricos y del 2023.

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

Respecto a indicador de porcentaje del abordaje familiar, se mantendrá un monitoreo trimestral por parte de la coordinación nacional pero no se evaluará en este año en instrumento COMGES.



## Red pública de Donación, Procurement of Organs and Tissues

Servicio de Salud	Hospitales de la Red	Coordinación Local de Procurement of la red
Servicio de Salud Arica y Parinacota	Hospital Regional de Arica Dr. Juan Noé Crevani.	Hospital de Arica Dr. Juan Noé Crevani
Servicio de Salud Tarapacá	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 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 Caravagno, Talca. Hospital San Juan de Dios Curicó Hospital Gral. Carlos Ibáñez del Campo Linares	Hospital Dr. Cesar Caravagno, Talca.
Servicio de Salud Ñuble	Hospital Clínico Herminda Martín, Chillán. Hospital San Carlos.	Hospital Clínico Herminda Martín, Chillán.



Servicio de Salud Concepción	Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente, Concepción.	Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente, Concepción.
Servicio de Salud Arauco	Hospital 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 de Los Ríos	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.**



Cálculo de la meta de cumplimiento para el COMGES 13.1  
Número mínimo de donantes efectivos por SS para el año 2024

Servicio de Salud	Población proyectada 2024 según INE	Número donantes efectivos 2023	Tasa 2023	Número de donantes efectivos (Meta 2024)
Arica	261779	7	27	4*
Iquique	406287	2	5	5
Antofagasta	718232	3	4	9
Atacama	319992	4	13	4
Coquimbo	879264	10	12	11
*Valparaíso - San Antonio	540847	1	2	7
Viña del Mar - Quillota	1182912	16	13	15
Aconcagua	293062	0	0	4
Metropolitano Norte	1241109	5	4	16
Metropolitano Occidente	1390289	15	11	18
Metropolitano Central	1442391	21	15	20*
* Metropolitano Oriente	1522007	10	7	20
* Metropolitano Sur	1340006	15	11	17
* Metropolitano Sur Oriente	1489907	5	3	19
* Del Libertador B. O'Higgins	1025586	5	5	13
Maule	1171982	8	7	15
Ñuble	521711	2	4	7
* Concepción	891003	3	3	12
Talcahuano	365561	2	5	5
Biobío	543589	4	7	7
Araucanía Sur	918236	10	11	12
Valdivia	412786	3	7	5
Osorno	250192	8	32	4*
* Del Reloncaví	478064	12	25	12
Chiloé	183915	0	0	2
Aysén	108538	1	9	1
Magallanes	183235	2	11	2
Total	20082482	174	9,4	266

(\*) Para los Servicios de Salud de Arica, Metropolitano Central y Osorno se les consideró una meta mínima esperada.



Línea Base del año 2023 para el cálculo de la meta de cumplimiento para el COMGES 13.2 “Porcentaje de potenciales donantes de órganos en los Hospitales de la red con certificación de ME”

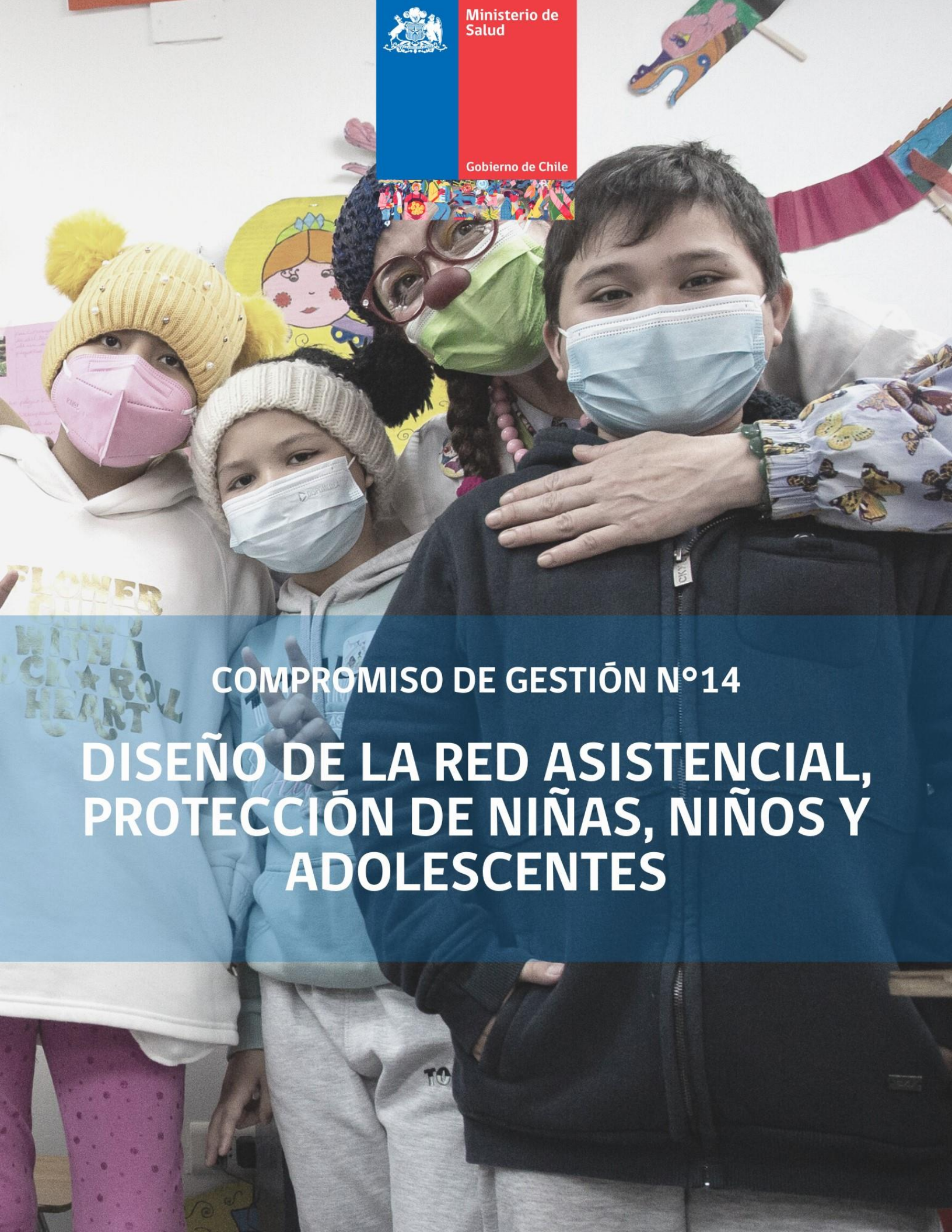
Servicio de Salud	% Potenciales donantes con certificación ME 2023 (LB)	Meta 2024
Arica	39,3	≥30%
Iquique	41,7	≥30%
Antofagasta	14,3	25%
Atacama	35,0	≥30%
Coquimbo	35,8	≥30%
*Valparaíso - San Antonio	13,3	25%
Viña del Mar - Quillota	25,6	≥30%
Aconcagua	9,4	20%
Metropolitano Norte	11,7	25%
Metropolitano Occidente	14,6	25%
Metropolitano Central	33,6	≥30%
* Metropolitano Oriente	31,5	≥30%
* Metropolitano Sur	19,2	25%
* Metropolitano Sur Oriente	21,8	≥30%
* Del Libertador B. O'Higgins	14,3	25%
Maule	18,4	25%
Ñuble	11,3	25%
* Concepción	28,2	≥30%
Talcahuano	14,3	25%
Biobío	25,5	≥30%
Araucanía Sur	37,5	≥30%
Valdivia	20,0	≥30%
Osorno	28,6	≥30%
* Del Reloncaví	57,7	≥30%
Chiloé	14,3	25%
Aysén	50,0	≥30%
Magallanes	16,7	25%

\*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



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

## 1. Objetivo general

Fortalecer 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.

## 2. Objetivos específicos

- Monitorear la implementación en los Servicios de Salud del país, de una red de profesionales encargados de la coordinación de las estrategias de protección de NNA en los establecimientos de atención cerrada y ambulatoria.
- Evaluar el funcionamiento de los comités de protección Infantoadolescente en todos los establecimientos de atención secundaria y terciaria de la red asistencial en base al modelo propuesto en Orientaciones Técnicas (Subsecretaría de Redes Asistenciales *Ordinario C26/n° 3974 07/11/2023 Protocolo de Funcionamiento de Comité Protección de Infancia y Adolescencia*)
- Fomentar la adquisición de competencias técnicas en temáticas relacionadas con la vulneración de derechos de NNA, salud mental y salud en adolescencia en profesionales que realizan atención a este grupo de usuarios, pesquisando y derivando de manera precoz y oportuna.

## 3. Marco referencial

En la **Ley sobre Garantías y Protección Integral de los Derechos de la Niñez y Adolescencia** (N° 21.430) en vigencia desde marzo 2022, en el Artículo n° 16 de Prioridad, expresa "... especial consideración el diseño y ejecución de normativas, políticas, servicios y prestaciones destinadas a la promoción, protección y garantía de los derechos NNA, procurando priorizar su financiamiento en sus respectivos presupuestos". Así como, "... los órganos de la Administración del Estado deberán incluir la información, claramente identificada, relativa a la gestión de políticas, planes, programas, acciones y a la priorización y ejecución presupuestaria de los recursos destinados a la niñez, a las iniciativas destinadas a ella, aprobadas y en ejecución". En el Artículo N° 38 se refiere al Derecho a la salud y a los Servicios de Salud.

Siendo el maltrato infantil un fenómeno multicausal y universal, la divulgación, instrucción y educación de la población en general y de los profesionales sanitarios en particular, se conforman como estrategias prioritarias que permitan concientizar a la comunidad del impacto sobre el desarrollo NNA. Es necesario dar a conocer que no sólo el trauma físico lesiona a un NNA, sino que también, los otros tipos de maltrato, como el emocional, el psicológico y la negligencia, que deterioran la personalidad, y de aquí la importancia de identificar cada una de estas áreas(1), dado a que, generalmente las situaciones de maltrato no son el motivo de consulta directa, se requiere que los equipos busquen, en



forma activa, signos y síntomas que puedan dar cuenta de estas situaciones, los exploren y los consideren en el diagnóstico clínico y la resolución terapéutica 29.

Los integrantes del equipo de salud se relacionan con madres, padres u otros adultos responsables, así como con NNA, a través de todos los programas vigentes, especialmente en el control de salud, desde la etapa pre-concepcional hasta los 18 años<sup>30</sup>. En este contexto, se espera que los equipos tengan una particular sensibilidad, una alta disposición y comprensión frente a situaciones de maltrato. En este contexto, es que se debe favorecer la capacitación de los equipos en estas temáticas, propiciando un abordaje integral y multisistémico, indispensable para detener el maltrato, proteger a las víctimas y reparar el daño.

#### 4. Definiciones y terminología

- **NNA:** Niños, niñas y Adolescentes.
- **Comités de protección de Infancia y Adolescencia (CPIA):** instancia coordinada y gestionada a nivel de hospitales y atención secundaria, conformada por diversos profesionales del área psicosociosanitaria, que tendrá como objetivo organizar y asesorar a equipos clínicos y directivos del establecimiento en el proceso de sospecha, confirmación y abordaje de situaciones de vulneración de derechos de NNA.

#### 5. Nombres de indicadores

**14.1** Porcentaje de cumplimiento de las actividades de Implementación de los Comité de Protección de Infancia y Adolescencia.

**14.2** Porcentaje de profesionales con actividad asistencial en servicios pediátricos y adolescentes (atención abierta, atención cerrada, urgencias hospitalarias, APS (SAPU y SAR), con capacitación vigente en detección de situaciones de sospecha de vulneración de derechos de NNA.

#### 6. Metas nacionales año 2024

- Lograr que un **100,0%** de los Servicios de Salud cumplan con las actividades de implementación de los Comité de Protección de Infancia y Adolescencia.
- Alcanzar **≥50,0%** de profesionales con actividad asistencial en servicios pediátricos y adolescentes (atención abierta, atención cerrada, urgencias hospitalarias, APS (SAPU y SAR), con capacitación vigente en detección de situaciones de sospecha de vulneración de derechos de NNA.

#### 7. Ficha general de indicadores

Nombre del Indicador	<b>14.1 Porcentaje de cumplimiento de las actividades de implementación de los Comités de Protección de Infancia y Adolescencia</b>
Fórmula de Cálculo	Número de actas de sesión del o los CPIA realizadas en el periodo que cumplan con que requisitos establecidos/ Número de actas de sesión del o los CPIA comprometidas en el periodo) x 100
Fuente de Datos	Informe enviado a minsal que cumpla con requisitos

I Corte (enero – junio)

<sup>29</sup> Subsecretaría de Redes Asistenciales: Ordinario C26/n° 3655 (16/10/2023) Instruye a la red Asistencial respecto de Indicadores de Sospecha de Maltrato y Abuso de Niños, Niñas y Adolescentes

<sup>30</sup> Ministerio de Salud. Política Nacional de Salud de adolescentes y jóvenes 2008 - 2015. Santiago, 2008. Disponible en: <https://www.MINSAL.cl/wp-content/uploads/2015/09/Pol%c3%adica-Nacional-de-Salud-de-Adolescentes-y-J%c3%b3venes-2008-2015-Chile.pdf> [consulta: 21 de septiembre 2022].



Número acción	1	
Descripción acción	<p><b>Desarrollar 6 sesiones</b> del CPIA dentro del establecimiento, emitiendo un acta de cada sesión, que incluya:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los integrantes del comité incorporados en la Resolución de conformación</li> <li>• Fecha y responsable de acta</li> <li>• ID de los casos evaluados con sus recomendaciones, comentarios y observaciones en el acápite respectivo.</li> </ul> <p><b>*Las actas que cumplan con todos los requerimientos se consideraran como validadas.</b>  <b>*Se solicita un total de 6 actas por comité, por lo anterior el total de actas comprometidas por Servicio de Salud se establece en relación a su número de comités.</b></p>	
Medios de Verificación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Actas de sesiones de los CPIA, enviado a Minsal que cumpla con ítems mencionados. El documento será recibido por referente de Departamento GES y Redes de alta complejidad en formatos definidos por Protocolo Funcionamiento Comité Protección Infancia y Adolescencia</li> </ul>	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>0,0%</b>

<b>II Corte (julio – diciembre)</b>		
Número acción	2	
Descripción acción	<p><b>Desarrollar 8 sesiones</b> del CPIA dentro del establecimiento, emitiendo un acta de cada sesión, que incluya:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los integrantes del comité incorporados en la Resolución de conformación</li> <li>• Fecha y responsable de acta</li> <li>• ID de los casos revisados con sus recomendaciones, comentarios y observaciones en el acápite respectivo.</li> </ul> <p><b>*Las actas que cumplan con todos los requerimientos se consideraran como validadas.</b>  <b>*Se solicita un total de 8 actas por comité, por lo anterior el total de actas comprometidas por Servicio de Salud se establece en relación a su número de comités.</b></p>	
Medios de Verificación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Actas de sesiones de los CPIA, enviado a Minsal que cumpla con ítems mencionados. El documento será recibido por referente de Departamento GES y Redes de alta complejidad en formatos definidos por Protocolo Funcionamiento Comité Protección Infancia y Adolescencia</li> </ul>	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>0,0%</b>

Nombre del Indicador	<b>14.2 Porcentaje de profesionales con actividad asistencial en servicios pediátricos y adolescentes (atención abierta, atención cerrada, urgencias hospitalarias, APS (SAPU y SAR), con capacitación vigente en detección de situaciones de sospecha de vulneración de derechos de NNA.</b>
Fórmula de Cálculo	(Número de profesionales que trabajan en atención de NNA en servicios pediátricos y adolescentes: atención abierta, atención cerrada, urgencias hospitalarias, Urgencias APS (SAPU y SAR) y con capacitación vigente en detección de situaciones de sospecha de vulneración de derechos de NNA / Número total de profesionales que trabajan en atención de NNA en servicios pediátricos y adolescentes: atención abierta, atención cerrada, urgencias hospitalarias, Urgencias APS (SAPU y SAR) identificados en el periodo) x 100.
Fuente de Datos	<p>Certificados de capacitación aprobada con resultados de la evaluación y duración en horas de ésta.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Listado de profesionales que realizan actividades asistenciales con NNA en el nivel secundario y terciario de atención (atención abierta, atención cerrada y urgencias).</li> </ul>

<b>I Corte (enero – junio)</b>		
Número acción	1	



Descripción acción	Alcanzar el <b>25,0%</b> profesionales con actividad asistencial de NNA en servicios pediátricos y adolescentes: atención abierta, atención cerrada, urgencias hospitalarias, Urgencias APS (SAPU y SAR) en temáticas de vulneración de derechos de NNA.	
Medios de Verificación	i. Hoja de cálculo con formato entregado por Minsal, con información consolidada cargada por los Servicios de Salud (referente de Infancia y adolescencia) en la carpeta compartida establecida por la Unidad de Gestión de la Información.	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	<b>X ≥ 25,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 25,0%</b>	<b>0,0%</b>

II Corte (julio – diciembre)		
Número acción	2	
Descripción acción	Alcanzar el <b>50,0%</b> profesionales con actividad asistencial de NNA en servicios pediátricos y adolescentes: atención abierta, atención cerrada, urgencias hospitalarias, Urgencias APS (SAPU y SAR) en temáticas de vulneración de derechos de NNA.	
Medios de Verificación	i. Hoja de cálculo con formato entregado por Minsal, con información consolidada cargada por los Servicios de Salud (referente de Infancia y adolescencia) en la carpeta compartida establecida por la Unidad de Gestión de la Información.	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	<b>X ≥ 50,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 50,0%</b>	<b>0,0%</b>

## 8. Consideraciones técnicas

### 14.1 Porcentaje de cumplimiento de las actividades de Implementación de los Comité de Protección de Infancia y Adolescencia

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.

#### Sesiones

- Las sesiones se realizarán con la presencia de los y las integrantes del comité.
- Internamente se deberá definir el quórum de participación mínimo, en consideración, con las probables faltas y formas de subsanarlas.
- Las sesiones podrán ser de manera presencial y/o telemáticas. En el caso de realizarse de forma telemática, se deberán resguardar las medidas de seguridad de la información, según Política de Seguridad de la Información para la Subsecretaría de Salud Pública y Redes Asistenciales.
- Se propone que el CPIA sesione durante 2 horas semanales, con un rendimiento de 1 a 2 casos/hora.
- Se espera que en este espacio de tiempo se discuta el caso, se complete y firme el acta de resolución.
- La periodicidad de las sesiones dependerá del número de casos a abordar por cada establecimiento.
- Se sugiere el resguardo de una sesión semanal. Se deberá sesionar como mínimo 1 vez al mes,
- manteniendo la posibilidad de realizar sesiones extraordinarias frente a casos que requieran de la asesoría del comité para su adecuada resolución.

#### Análisis de casos

- En las sesiones a discutir se analizarán los casos que sean presentados de forma interna según los protocolos del centro asistencial. Se deberá contar con la participación de un integrante del equipo tratante.
- Tanto los participantes estables como los ocasionales del panel del CPIA, deberán realizar una declaración de intereses y acuerdo de confidencialidad interna que permita un correcto



funcionamiento de éste, la cual deberá ser completada anualmente por todos los y las profesionales que participen de este comité y resguardadas según se defina localmente.

- Posterior al análisis del caso y la discusión de éste, se confeccionará un acta de resolución con las recomendaciones para el caso presentado. El acta deberá ser resguardada en formato PDF y remitido al equipo tratante, para que pueda adjuntarlo a la ficha clínica del usuario o usuaria (física o electrónica según corresponda).

#### **14.2 Porcentaje de profesionales con actividad asistencial en servicios pediátricos y adolescentes (atención abierta, atención cerrada, Urgencias hospitalarias, APS (SAPU y SAR), con capacitación vigente en detección de situaciones de sospecha de vulneración de derechos de NNA.**

- Se considerarán aquellas capacitaciones realizadas durante los últimos 3 años, incluyendo el año en curso (2022 – 2024)
- Las capacitaciones deberán tener un mínimo de 20 hrs. **pedagógicas** y podrán ser incluidas aquellas disponibles en plataforma autogestionada como aquellas gestionadas de manera local con su respectiva certificación con nota.
- Se podrá coordinar con los integrantes de los Comités de Protección de Infancia y Adolescencia de cada establecimiento, su participación en desarrollar acciones de capacitación para la oportuna pesquisa de casos de sospecha de vulneración de derechos de NNA, según las funciones del CPIA, señaladas en el Protocolo de funcionamiento de los CPIA (ORD. N°3974 07-11-2023)
- Las temáticas posibles por abordar en dichas capacitaciones son:
  - o Abuso Sexual en la infancia y adolescencia
  - o Primera respuesta en detección de Abuso sexual en NNA
  - o Maltrato infantil; detección e intervención.
  - o Abordaje de la Negligencia Parental.
  - o Técnicas de intervención para adolescentes.
  - o Adolescencia, Vínculo y Mentalización.
  - o Impacto del uso de Redes sociales y pantallas en la Infancia y adolescencia
  - o Adolescentes como sujeto de derecho.
  - o Ley N° 20.418: Normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de Regulación de la Fertilidad.
  - o Conducta suicida en infancia y adolescencia.
  - o Síntomas de depresión y ansiedad en NNA.
  - o Trastorno de conducta alimentaria.
  - o Adolescente con enfermedad crónica.
  - o Embarazo adolescente.
  - o Género y sexualidad.

Dentro de los cursos autogestionados relacionados con las temáticas que se encuentran disponibles en SIAD están:

- Explotación sexual y comercial en niñas, niños y adolescentes, un desafío para salud.
- Atención a niños, niñas y adolescentes víctima de delitos sexuales y otros delitos graves.
- Trastorno de la conducta alimentaria en adolescentes
- Aspectos éticos y legales en la atención de salud de adolescentes
- Consideraciones y herramientas para la atención de salud de población LGBTIQ+, especialmente niños, niñas y adolescentes trans y género no conforme en el campo de la implementación de la ley 21.120





Ministerio de  
Salud

Gobierno de Chile



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



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

La Salud Digital es reconocida por la Organización Mundial de la Salud como un aporte a los sistemas tradicionales, pero también como una oportunidad para desarrollar la salud pública. Esta ofrece una serie de beneficios claves para usuarios, equipos de salud y sistemas de atención clínica. En este sentido, el Departamento de Salud Digital, a través del Programa Hospital Digital, mediante el uso de las tecnologías de la información y comunicaciones, provee de servicios de atención sanitaria a las Redes Integradas de los Servicios de Salud, con el objetivo de favorecer el acceso y oportunidad de atención, eliminando las barreras geográficas, reduciendo los costos para las personas y disminuyendo los tiempos de espera para atención de especialistas. 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.

El Ministerio de Salud mantiene el desafío de avanzar en la instalación de sistemas de información confiables que permitan, entre otras cosas, que la información cumpla sus atributos de integridad, confidencialidad y disponibilidad, y que además sea comparable, consistente y adecuada para apoyar la toma de decisiones.

Proteger datos sensibles de los pacientes, cumplir con las obligaciones legales, prevenir incidentes de seguridad, asegurar la continuidad de las operaciones, proteger la reputación institucional y elevar la calidad de la atención médica.

La seguridad de la información en entornos hospitalarios no solo tiene implicaciones éticas y legales, sino que también es un elemento esencial para garantizar la prestación de una atención médica fiable, salvaguardar la privacidad de los pacientes y mantener la confianza de la comunidad médica y del público en general.

Establecer un marco estructurado y coherente para abordar los desafíos relacionados con la seguridad de la información en el sector de salud. Éste tiene como finalidad establecer las bases para la protección de los activos de información y la garantía de la continuidad de los procesos clínicos. Para alcanzar este propósito, resulta esencial la creación de una estructura organizativa adecuada, el análisis de la situación actual en materia de seguridad de la información, y la formulación de recomendaciones destinadas a la implementación de una gobernanza de seguridad de la información como elemento esencial.

## 2. Objetivos específicos



- Favorecer la resolución de casos en el origen mediante la atención de especialista a través de herramientas digitales para los equipos de los diferentes niveles de atención.
- Facilitar el acceso a médicos de la Atención Primaria de Salud, mediante plataformas y profesionales de Hospital Digital, para realizar consultas a médicos especialistas por telemedicina.
- Apoyar en el diagnóstico precoz y oportuno del cáncer de mama a través de tele informes para exámenes de mamografía digital.
- Generar mecanismos de incentivo para el cumplimiento de la planificación y programación de prestaciones aportando a la disminución de la brecha de atención de especialistas.
- Promover el cumplimiento de las actividades programadas o planificadas en la Atención Primaria de Salud para tele informes y tele interconsultas de especialidad.
- Fomentar el cierre de casos en la plataforma de Hospital Digital a las tele interconsultas respondidas, garantizando la entrega de información a los usuarios atendidos.
- 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).
- Avanzar en el proceso de implementación y uso de los sistemas de RCE en los establecimientos de salud del país.
- Establecer procesos de validación de datos, asegurando la completitud y calidad de los registros.
- Implementación de un Sistema de Seguridad de la Información en los Servicios de Salud y establecimientos relacionados (SGSI), el cual permite abordar de manera eficaz los riesgos, preservar la propiedad intelectual, fomentar la conciencia y la capacitación del personal, y adaptarse a los retos tecnológicos actuales.

### 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 sostenible<sup>31</sup>.

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)<sup>32</sup>, que plantea que el uso de Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC), 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 curso vida”<sup>33</sup>. 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

<sup>31</sup> Estrategia Nacional de Salud 2021-2030 para los Objetivos Sanitarios 2030, Ministerio de Salud, 2022.

<sup>32</sup> Redes 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>

<sup>33</sup> Ministerio de Salud (2019). Manual Organizacional Departamento de Salud Digital año 2019.



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 niveles de gestión del sector, desde los establecimientos de salud, Servicios de Salud, Secretarías Regionales y autoridades de nivel central. Para asegurar la calidad de estos datos, es necesario garantizar los atributos fundamentales de la información, como la confidencialidad, disponibilidad e integridad, a través de un sólido sistema de seguridad de la información. Además, se ha establecido que los establecimientos públicos de salud del país deben contar 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.

Seguridad de la Información: Norma NCh-ISO 27.001 - NCh ISO 27.002, que trata sobre Sistemas de Gestión de la Seguridad de la Información; la NCh ISO 27.799, que se enfoca en la gestión de la seguridad de la información relacionada con la salud; el Decreto Supremo 83 del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, emitido en 2004, que aprueba una norma técnica sobre seguridad y confidencialidad de documentos electrónicos para los órganos de la Administración del Estado; Decreto 7 del 19 de mayo del 2023 que establece la norma técnica de seguridad de la información y ciberseguridad en conformidad con la Ley N°21.180 Transformación Digital del Estado, que establece en su articulado la política de seguridad de la información y ciberseguridad, indicando que "cada órgano de la Administración del Estado debe elaborar una Política de Seguridad de la Información y Ciberseguridad, aprobada mediante acto administrativo por el respectivo Jefe(a) Superior del Servicio". Asimismo, la necesidad de definir roles y designar un responsable institucional de seguridad de la información y ciberseguridad; Lo establecido en el Decreto 273, que instruye que los jefes de servicio deben notificar sobre los incidentes de ciberseguridad que los afecten al Equipo de Respuesta ante Incidentes de Seguridad Informática del Ministerio del Interior y Seguridad Pública, CSIRT de Gobierno. Siendo posible la delegación de comunicar los incidentes de ciberseguridad de los que tenga conocimiento en ejercicio de sus funciones el Encargado de Seguridad de la Información y



Ciberseguridad en representación de la autoridad; Res. Ex. N° 785 03.11.2021 Aprueba Instructivo de Ciber para Sector Salud; Instructivo Presidencial N°8 que imparte instrucciones urgentes en materia de ciberseguridad;

Confidencialidad y Privacidad: Ley N° 19.628 de Protección de Datos Personales y la Ley N° 20.575, que establece el principio de finalidad en el tratamiento de datos personales.

Establecer un marco estructurado y coherente para abordar los desafíos relacionados con la seguridad de la información en el sector de salud. Éste tiene como finalidad establecer las bases para la protección de los activos de información y la garantía de la continuidad de los procesos clínicos. Para alcanzar este propósito, resulta esencial la creación de una estructura organizativa adecuada, el análisis de la situación actual en materia de seguridad de la información, y la formulación de recomendaciones destinadas a la implementación de una gobernanza de seguridad de la información como elemento esencial.

### **Actividades del Plan diagnóstico vinculado a la Seguridad de la Información y Ciberseguridad:**

**i. Diagnóstico de sistema gestión de la seguridad de la información** basado en Nch-ISO 27.001

Un diagnóstico de un Sistema de Gestión de la Seguridad de la Información (SGSI) busca determinar la efectividad y la salud general del sistema de seguridad de la información en una organización.

Se utilizará una herramienta para validar las prácticas de seguridad de la información y ciberseguridad de la organización. Este proceso implica analizar diferentes aspectos del SGSI y se llevará a cabo mediante una Encuesta que evalúa y resume los 14 dominios y los 114 controles de la norma.

**ii. Designación del Encargado de Seguridad de la Información y Ciberseguridad**

Garantiza que la organización tenga una gestión integral de la seguridad de la información, enfrentar los desafíos de seguridad de manera proactiva y proteger sus activos más valiosos. La presencia de un encargado designado específicamente para esta función en los Establecimientos de Salud, donde la alta dirección debe asignar la responsabilidad y la autoridad, demuestra el compromiso de la organización con la seguridad y la protección de la información en un mundo digital cada vez más complejo y amenazante.

Rol: Supervisión de alto nivel.

**iii. Conformación del Comité de Seguridad de la Información**

Debe estar conformado a lo menos por:

- Encargado de Seguridad de la Información o Ciberseguridad de la Institución.
- Jefe de Tecnologías de la Información.
- Jefe de Recursos Humanos.
- Jefe Comunicaciones.
- Encargado Planta Física y Seguridad.
- Encargado de Riesgos.
- Asesor Jurídico (Abogado).
- Jefes de Áreas de Negocio o Encargados de Procesos.

Rol: Supervisión y Coordinación de decisiones.

Sus integrantes son responsables de definir y establecer los lineamientos generales de seguridad, publicar y aprobar las políticas, normas y demás definiciones en lo que respecta a seguridad de la información. Evaluar técnicamente las propuestas, participar en procesos de evaluación de riesgos,



recomendar planes de acción y atender contingencias.

El Comité de Seguridad de la Información es esencial para establecer una cultura de seguridad sólida y para garantizar que los activos de información estén protegidos de manera adecuada. Su existencia demuestra el compromiso de la organización con la seguridad cibernética y es clave para mantener la confianza de los clientes, socios comerciales y otras partes interesadas en un entorno cada vez más digital y propenso a amenazas.

#### iv. Política General de Seguridad de la Información.

Se necesita una política de seguridad de la información que refleje las expectativas de la organización con el fin de proveer administración, dirección y soporte a los valores establecidos.

## 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).
- **Teleinforme:** corresponde al informe generado de forma remota por un especialista y/o mediante Inteligencia Artificial, en base a los datos obtenidos a través de un examen o procedimiento diagnóstico que se ha realizado en otro lugar.
- **Teleinterconsulta asincrónica:** corresponde a una prestación de salud a distancia, que puede ser sincrónica o asincrónica, en la que profesionales de la salud intercambian información a través del uso de las tecnologías de la información y comunicación con fines diagnósticos, terapéuticos y de seguimiento.
- **RCE:** Registro Clínico Electrónico.
- **TIC:** Tecnología de la Información y Comunicaciones.
- **SS:** Servicio de Salud.
- **REM:** Resúmenes Estadísticos Mensuales.
- **Seguridad de la Información:** conjunto de medidas preventivas y reactivas de los organismos administradores y sus respectivos sistemas tecnológicos, que tienen por objeto resguardar y proteger la información, asegurando la confidencialidad, integridad, autenticidad y disponibilidad de los datos, la continuidad de servicios y la protección de activos de información.
- **Ciberseguridad:** conjunto de acciones destinadas a la prevención, mitigación, investigación y manejo de las amenazas e incidentes sobre los activos de información, datos y servicios, disponibles o expuestos al ciberespacio, así como para la reducción de los efectos de estos, y del daño causado antes, durante y después de su ocurrencia.
- **Sistema de Gestión de Seguridad de la Información (SGSI):** es un enfoque estructurado e integral para administrar la seguridad de la información en una organización. Un SGSI se basa en normas y estándares internacionales, como la norma ISO 27001, y tiene como objetivo proteger la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información sensible y crítica para la organización.
- **Gobernanza de la seguridad de la información:** la gobernanza de la seguridad de la información se refiere a la estructura de liderazgo y las políticas que una organización establece para garantizar la seguridad de la información. Implica la toma de decisiones, la supervisión y la gestión de los recursos para proteger los activos de información de la organización.
- **NCh-ISO27001:** Norma Chilena basada en el marco de estándares mundiales ISO (Organización de Estandarización Internacional) para Sistemas de gestión de la seguridad de la información y requisitos.



- **NCh-ISO27002:** Norma Chilena basa en el marco de estándares mundiales ISO (Organización de Estandarización Internacional) que ofrece un conjunto detallado de directrices y mejores prácticas para implementar los controles de seguridad identificados en el Anexo A de la ISO 27001.
- **NCh-ISO 27799:** esta norma provee directrices para las entidades sanitarias y otros custodios de información personal de la salud sobre cómo proteger de mejor manera la confidencialidad, integridad y disponibilidad de dicha información. Esta se basa y profundiza las directrices generales provistas en la norma 27002.

## 5. Nombres de indicadores

**15.1** Porcentaje de solicitudes de teleinformes de mamografía y teleinterconsultas a las Células de especialidad de diabetes, nefrología, geriatría, patología oral y trastornos temporomandibulares de Hospital Digital en el período.

**15.2** Porcentaje de cierres de casos a las teleinterconsultas resueltas por las Células de especialidad de diabetes, nefrología, geriatría, patología oral y trastornos temporomandibulares 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.

**15.4** Porcentaje de cumplimiento de las actividades establecidas en el Plan de diagnóstico vinculado a la Seguridad de la Información y Ciberseguridad.

## 6. Metas nacionales año 2024

- Alcanzar el **100,0%** de cumplimiento para las metas en cada Servicio de Salud, en la célula de mamografía (teleinformes) y de especialidad de Diabetes, Nefrología, Geriatría, Patología Oral y Trastornos Temporomandibulares de Hospital Digital.
- Realizar al menos el **85,0%** de cumplimiento en los cierres de casos en la plataforma de Hospital Digital a la teleinterconsultas de especialidad en cada Servicio de Salud.
- Alcanzar un **98,0%** 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.
- **100,0%** de ejecución de las actividades establecidas en el Plan de diagnóstico vinculados a la Seguridad de la Información y Ciberseguridad.



## 7. Ficha general de indicadores

Nombre del Indicador	<b>15.1 Porcentaje de solicitudes de teleinformes de mamografías digitales y teleinterconsultas asincrónicas a las Células de especialidad de Diabetes, Nefrología, Geriátría, Patología Oral y Trastornos Temporomandibulares de Hospital Digital en el período.</b>
Fórmula de Cálculo	$\left( \left( \left( \frac{MD \text{ realizadas}}{MD \text{ definidas}} \right) \times 0,4 \right) + \left( \left( \frac{DM \text{ realizadas}}{DM \text{ definidas}} \right) \times 0,12 \right) + \left( \left( \frac{NF \text{ realizadas}}{NF \text{ definidas}} \right) \times 0,12 \right) + \left( \left( \frac{GE \text{ realizadas}}{GE \text{ definidas}} \right) \times 0,12 \right) + \left( \left( \frac{PO \text{ realizadas}}{PO \text{ definidas}} \right) \times 0,12 \right) + \left( \left( \frac{TTM \text{ realizadas}}{TTM \text{ definidas}} \right) \times 0,12 \right) \right) \times 100\%$ <p>Donde:  <b>MD:</b> N° solicitudes teleinformes Mamografía Digital.  <b>DM:</b> N° solicitudes teleinterconsultas Diabetes.  <b>NF:</b> N° solicitudes teleinterconsultas Nefrología.  <b>GE:</b> N° solicitudes teleinterconsultas Geriátría.  <b>PO:</b> N° solicitudes teleinterconsultas Patología Oral.  <b>TTM:</b> N° solicitudes teleinterconsultas Trastornos Temporomandibulares.</p> <p><i>-Metas definidas para el período t.</i>  <i>-El máximo de cumplimiento por célula de especialidad es 100%, no pudiendo haber subvención entre especialidades.</i></p>
Fuente de Datos	Sistema de Registro de Hospital Digital.

I Corte (enero – junio)													
Número acción (NA)	1												
Descripción Acción	Solicitar al menos el <b>40,0%</b> de la meta anual de teleinformes de mamografías digitales y teleinterconsultas asincrónicas a las Células de especialidad de Diabetes, Nefrología, Geriátría, Patología Oral y Trastornos Temporomandibulares para cada Servicio de Salud, en el período de enero a junio de 2024.												
Medios de Verificación	i. Sistema de Registro de Hospital Digital.												
Cálculo del cumplimiento	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>Resultado obtenido</th> <th>Porcentaje de cumplimiento asignado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>X ≥ 40,0%</b></td> <td><b>100,0%</b></td> </tr> <tr> <td><b>30,0% ≤ X &lt; 40,0%</b></td> <td><b>75,0%</b></td> </tr> <tr> <td><b>20,0% ≤ X &lt; 30,0%</b></td> <td><b>50,0%</b></td> </tr> <tr> <td><b>10,0% ≤ X &lt; 20,0%</b></td> <td><b>25,0%</b></td> </tr> <tr> <td><b>X &lt; 10,0%</b></td> <td><b>0,0%</b></td> </tr> </tbody> </table>	Resultado obtenido	Porcentaje de cumplimiento asignado	<b>X ≥ 40,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>30,0% ≤ X &lt; 40,0%</b>	<b>75,0%</b>	<b>20,0% ≤ X &lt; 30,0%</b>	<b>50,0%</b>	<b>10,0% ≤ X &lt; 20,0%</b>	<b>25,0%</b>	<b>X &lt; 10,0%</b>	<b>0,0%</b>
	Resultado obtenido	Porcentaje de cumplimiento asignado											
	<b>X ≥ 40,0%</b>	<b>100,0%</b>											
	<b>30,0% ≤ X &lt; 40,0%</b>	<b>75,0%</b>											
	<b>20,0% ≤ X &lt; 30,0%</b>	<b>50,0%</b>											
<b>10,0% ≤ X &lt; 20,0%</b>	<b>25,0%</b>												
<b>X &lt; 10,0%</b>	<b>0,0%</b>												

II Corte (enero – diciembre)									
Número acción (NA)	2								
Descripción Acción	Solicitar el <b>100,0%</b> de la meta anual de Teleinformes de mamografías digitales y teleinterconsultas asincrónicas a las Células de especialidad de Diabetes, Nefrología, Geriátría, Patología Oral y Trastornos Temporomandibulares para cada Servicio de Salud, en el período de enero a diciembre de 2024.								
Medios de Verificación	i. Sistema de Registro de Hospital Digital.								
Cálculo del cumplimiento	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>Resultado obtenido</th> <th>Porcentaje de cumplimiento asignado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>X ≥ 100,0%</b></td> <td><b>100,0%</b></td> </tr> <tr> <td><b>85,0% ≤ X &lt; 100,0%</b></td> <td><b>75,0%</b></td> </tr> <tr> <td><b>70,0% ≤ X &lt; 85,0%</b></td> <td><b>50,0%</b></td> </tr> </tbody> </table>	Resultado obtenido	Porcentaje de cumplimiento asignado	<b>X ≥ 100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>85,0% ≤ X &lt; 100,0%</b>	<b>75,0%</b>	<b>70,0% ≤ X &lt; 85,0%</b>	<b>50,0%</b>
	Resultado obtenido	Porcentaje de cumplimiento asignado							
	<b>X ≥ 100,0%</b>	<b>100,0%</b>							
	<b>85,0% ≤ X &lt; 100,0%</b>	<b>75,0%</b>							
<b>70,0% ≤ X &lt; 85,0%</b>	<b>50,0%</b>								



	$50,0\% \leq X < 70,0\%$	25,0%
	$X < 50,0\%$	0,0%

Nombre del Indicador	<b>15.2 Porcentaje de cierres de casos a las Teleinterconsultas resueltas por las Células de especialidad de Diabetes, Nefrología, Geriatria, Patología Oral y Trastornos Temporomandibulares en la plataforma de Hospital Digital, realizados antes de 30 días desde su respuesta.</b>
Fórmula de Cálculo	$\frac{\text{Número de cierres de casos realizados antes de 30 días, desde la respuesta del especialista en la plataforma de Teleinterconsultas de Hospital Digital, en el periodo t}}{\text{Número total de casos respondidos por especialistas, en la plataforma de Hospital Digital, en el periodo t}} \times 100$
Fuente de Datos	Sistema de Registro de Hospital Digital.

I Corte (enero – junio)		
Número acción	1	
Descripción Acción	Realizar al menos el <b>85,0% del cierre de casos</b> en la plataforma de Hospital Digital, por Servicio de Salud, en el período de enero a junio de 2024.	
Medios de Verificación	i. Sistema de Registro de Hospital Digital.	
Cálculo del cumplimiento	Resultado obtenido	Porcentaje de cumplimiento asignado
	$X \geq 85,0\%$	100,0%
	$75,0\% \leq X < 85,0\%$	75,0%
	$65,0\% \leq X < 75,0\%$	50,0%
	$50,0\% \leq X < 65,0\%$	25,0%
	$X < 50,0\%$	0,0%

II Corte (julio – diciembre)		
Número acción	2	
Descripción Acción	Realizar al menos el <b>85,0% del cierre de casos</b> en la plataforma de Hospital Digital, por Servicio de Salud, en el período de julio a diciembre de 2024.	
Medios de Verificación	Sistema de Registro de Hospital Digital.	
Cálculo del cumplimiento	Resultado obtenido	Porcentaje de cumplimiento asignado
	$X \geq 85,0\%$	100,0%
	$75,0\% \leq X < 85,0\%$	75,0%
	$65,0\% \leq X < 75,0\%$	50,0%
	$50,0\% \leq X < 65,0\%$	25,0%
	$X < 50,0\%$	0,0%

Nombre del Indicador	<b>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.</b>
Fórmula de Cálculo	$\frac{\text{(Total de procesos clínicos que cumplen umbral del } \geq 98,0\% \text{ de concordancia en el periodo t)}}{\text{Total de procesos clínicos evaluados en el periodo t}} \times 100$
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 <b>98,0%</b> 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	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	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	<b>X ≥ 98,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>92,0% ≤ X &lt; 98,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>86,0% ≤ X &lt; 92,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>80,0% ≤ X &lt; 86,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 80,0%</b>	<b>0,0%</b>

<b>II Corte (enero – diciembre)</b>		
Número acción	<b>2</b>	
Descripción acción	Alcanzar el <b>98,0%</b> 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	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	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	<b>X ≥ 98,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>92,0% ≤ X &lt; 98,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>86,0% ≤ X &lt; 92,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>80,0% ≤ X &lt; 86,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 80,0%</b>	<b>0,0%</b>

Nombre del Indicador	<b>15.4 Porcentaje de cumplimiento de las actividades establecidas en el Plan de diagnóstico vinculado a la Seguridad de la Información y Ciberseguridad.</b>
Fórmula de Cálculo	(Número de actividades ejecutadas en el Plan de diagnóstico vinculados a la Seguridad de la Información y Ciberseguridad en el periodo / Número total de actividades requeridas del Plan de diagnóstico vinculado a la Seguridad de la Información y Ciberseguridad para el periodo) x 100.
Fuente de Datos	Plan diagnóstico vinculado a la Seguridad de la Información y Ciberseguridad de Servicio de Salud.

<b>I Corte (enero – junio)</b>		
Número acción	<b>1</b>	
Descripción Acción	Cumplimiento de al menos el <b>100,0%</b> de las actividades establecidas en el Plan de diagnóstico vinculados a la Seguridad de la Información y Ciberseguridad.	
Medios de Verificación	i. Oficio conductor del director del Servicio de Salud al Subsecretario de Redes Asistenciales, con copia el Depto. TIC, que contenga los siguientes documentos:  - Diagnóstico de sistema gestión de la seguridad de la información basado en Nch-ISO 27.001. Encuestas (respondidas); con el detalle del grado de implementación del sistema gestión de la seguridad de la información basado en Nch-ISO 27.001, consolidando el Servicio y sus Establecimientos de mayor complejidad.  - Resolución Exenta del director del Servicio que formalice la designación de “Encargado de Seguridad de la Información y Ciberseguridad” del Servicio y sus Establecimientos de mayor complejidad.	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	<b>X ≥ 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>0,0%</b>

<b>II Corte (julio - diciembre)</b>		
Número acción	<b>2</b>	



Descripción Acción	Cumplimiento del <b>100,0%</b> de las actividades establecidas en el Plan de diagnóstico vinculados a la Seguridad de la Información y Ciberseguridad.	
Medios de Verificación	<p>i. Oficio conductor del director del Servicio de Salud al Subsecretario de Redes Asistenciales, con copia el Depto. TIC, que contenga los siguientes documentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnóstico de sistema gestión de la seguridad de la información basado en Nch-ISO 27.001. Encuestas (respondidas); con el detalle del grado de implementación del sistema gestión de la seguridad de la información basado en Nch-ISO 27.001, consolidando el Servicio y sus Establecimientos de mayor complejidad.</li> <li>- Resolución Exenta del director del Servicio que formalice la designación de “Encargado de Seguridad de la Información y Ciberseguridad” del Servicio y sus Establecimientos de mayor complejidad.</li> <li>- Resolución Exenta del director del Servicio que formalice la conformación del “Comité de Seguridad de la Información” del Servicio y sus Establecimientos de mayor complejidad.</li> <li>- Resolución Exenta del director del Servicio que formalice la “Política General de Seguridad de la Información” del Servicio y sus Establecimientos de mayor complejidad.</li> </ul>	
Cálculo del cumplimiento	Resultado obtenido	Porcentaje de cumplimiento asignado
	<b>X ≥ 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>0,0%</b>

## 8. Consideraciones técnicas

**15.1** Porcentaje de solicitudes de teleinformes de mamografías digitales y teleinterconsultas asincrónicas a las Células de Especialidad de Diabetes, Nefrología, Geriátría, Patología Oral y Trastornos Temporomandibulares de Hospital Digital en el período.

- Las metas de ejecución anual, por corte y Servicio de Salud para cada Célula de Hospital Digital evaluadas en este indicador, se encuentran en los anexos.
- Las metas de ejecución anual y por corte para los teleinformes de mamografía en equipos fijos y móviles y para las teleinterconsultas son independientes en cada especialidad.
- 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 para los 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 al Referente Técnico MINSAL, dentro del mes de febrero 2024. Esta será validada por el Dpto. Salud Digital, MINSAL.
- En este documento se establecen como base, las ponderaciones para las estrategias implementadas en los diferentes Servicios de Salud. En caso y de acuerdo con su cartera de servicios definida, que no desempeñen la totalidad de las células evaluadas, se redistribuye el porcentaje remanente en parte iguales entre las estrategias restantes. En anexo se especifica ponderación por Servicio Salud.

**15.2** Porcentaje de cierres de casos a las Teleinterconsultas resueltas por las Células de Especialidad de Diabetes, Nefrología, Geriátría, Patología Oral y Trastornos Temporomandibulares 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 2023.
- Las metas de ejecución por corte aplican a las Células de especialidad de Diabetes, Nefrología, Geriátría, Patología Oral y Trastornos Temporomandibulares 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 teleinterconsultas asincrónicas respondidas por los especialistas institucionales y prestadores de Hospital Digital que son cerradas antes de los 30 días desde la respuesta, mientras que para el denominador son las teleinterconsultas asincrónicas respondidas en el período 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 2023.
- Aquellos establecimientos que se encuentren en proceso de puesta en marcha de su implementación sólo serán monitoreados. El Servicio de Salud deberá informar al referente MINSAL la fecha de entrada en producción para su consideración en la evaluación.
- Toda solicitud de modificación a considerar en las evaluaciones deberá ser solicitada por medio oficial, a través de ordinario con fecha anterior a la evaluación del corte, especificando establecimiento, proceso y justificación de la no evaluación.
- Fórmula para evaluar concordancia de las atenciones médicas realizadas por proceso, en cada Servicio de Salud:  
*(Total de atenciones médicas realizadas por el Servicio de Salud para el proceso priorizado del total de establecimientos comprometidos en la Estrategia SIDRA del periodo t / Total de atenciones médicas realizadas por el Servicio de Salud para el proceso priorizado informadas en REM del total de establecimientos comprometidos en la Estrategia SIDRA del periodo t) X 100.*

**15.4** Porcentaje de cumplimiento de las actividades establecidas en el Plan de diagnóstico vinculado a la Seguridad de la Información y Ciberseguridad.

- La medición no es acumulativa, se consideran los siguientes periodos: Enero – junio y julio – diciembre. El envío y/o actualización fuera de plazo de cualquiera de los verificadores implica el no cumplimiento de la meta.
- La formalización de los documentos debe ser a través del Director de cada Institución. No se considerarán documentos incompletos.
- Corte I cuenta con dos medios verificables, los que deben estar publicados en SFTP a la fecha de corte.
- Corte II cuenta con dos medios verificables, los que deben estar publicados en SFTP a la fecha de corte.
- Aquellos servicios de salud con más de un establecimiento de alta complejidad, para la evaluación se ponderarán en puntos porcentuales iguales.
- Al finalizar Corte I se oficiará al Director a través de SRA los Resultados del Diagnóstico, para que elabore un Plan de acción sobre el GAP declarado. El que será el insumo para COMGES 2025.
- Los medios verificables deben ser en formato PDF
- El envío es a través de SFT en carpeta habilitada para cada Servicio de Salud.
- Sólo un usuario es responsable a nivel de Servicio para publicación y acceso a la SFTP dispuesta para ello.
- Se enviarán acceso a SFTP al responsable nombrado por el SS.



- Se podrán considerar Resoluciones Exentas año 2023 siempre y cuando cumplan con la Orientación Técnica.
- Formaran parte del universo de establecimientos a considerar aquellos informados en producción durante el año 2023 por DEIS.
- Toda solicitud de modificación a considerar en las evaluaciones deberá ser solicitada por medio oficial, a través de ordinario con fecha anterior a la evaluación del corte, especificando establecimiento, proceso y justificación de la no evaluación.
- Orientación Técnica con las indicaciones correspondientes en cada actividad, deberá ser despachada durante mes de diciembre del año 2023 a través de Oficio de Subsecretario de Redes Asistenciales.



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:**

9.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.
- Diseñar e implementar estrategias para asegurar el uso apropiado de los antimicrobianos en la red asistencial a través del desarrollo local de los Programas de Optimización de uso de Antimicrobianos (PROA) que permitan mejorar los resultados clínicos, promover la costo-efectividad de las terapias y reducir los niveles de resistencia a los antimicrobianos.

## 2. Objetivos específicos

- Implementar y ejecutar planes de trabajo de acuerdo con las brechas detectadas en materia de calidad y seguridad de la atención, a nivel de las direcciones de Salud Municipal y/o corporaciones con su red de establecimientos y a nivel de los Servicios de Salud con APS dependiente.
- Contar con establecimientos de atención abierta de baja complejidad con solicitud presentada al proceso de acreditación y/o acreditados, de acuerdo con el Decreto Ges vigente (Resolución 704 del 14/10/2022).
- Implementar la actualización de la norma de seguridad del paciente sobre Prevención de Lesiones por Presión en los establecimientos de Salud de Atención Cerrada, mediante el acompañamiento y 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.
- Fortalecer el uso apropiado de los antimicrobianos para ofrecer mejores resultados clínicos con los menores efectos adversos directos e indirectos posibles.
- Reducir los niveles de resistencia bacteriana a los antimicrobianos en los contextos clínicos hospitalarios.
- Promover la costo-efectividad de la terapia antimicrobiana.

## 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. Éstas apoyan la estrategia central que es (5) la incorporación y fortalecimiento de competencias de equipos locales de prevención y control de IAAS para realizar las acciones locales de control de IAAS para problemas locales, conformados por personal suficiente en cantidad y competencias (MINSAL 1989, 2011).

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

Por otra parte, las Lesiones por Presión (LPP) son una importante causa de eventos adversos asociados a los cuidados en pacientes hospitalizados<sup>[34]</sup>,<sup>[35]</sup>. Su prevención depende de la oportuna identificación del riesgo, de la implementación de planes de cuidado y de la disponibilidad recursos apropiados para su prevención. En este sentido, el Ministerio de Salud elaboró y aprobó mediante Res. Ex. N° 1031 del 2012, bajo el alero de la Ley 20.584, la “Norma sobre seguridad del Paciente y Calidad de la Atención respecto a: Prevención de úlceras o Lesiones por Presión (UPP) en pacientes hospitalizados”. En sus 11 años de vigencia, la norma ha sido fiscalizada por la Superintendencia de Salud<sup>[36]</sup> y monitoreada desde el nivel central, mediante el Sistema de Información y Calidad de Atención y Resultados Sanitarios (SICARS). Según lo reportado por los hospitales, su implementación ha sido efectiva, con un cumplimiento de las prácticas de prevención normadas de aproximadamente el 97%. Sin embargo, la tasa de LPP en pacientes hospitalizados no han logrado descender, todo lo contrario, durante los años de pandemia tendieron a aumentar<sup>[37]</sup>.

En atención a lo mencionado, se vio la necesidad de actualizar la normativa, de manera de contribuir al avance en la mejora continua de los procesos entorno a la seguridad del paciente y reducir la ocurrencia de LPP en personas hospitalizadas. Para su correcta y oportuna implementación resulta relevante el rol del Servicio de Salud en cuanto al acompañamiento y supervisión de los hospitales de su red. En este sentido los indicadores asociados al COMGES constituyen una herramienta efectiva para tal propósito.

<sup>34</sup> Aranaz JM, Aibar C, Vitaller J, Ruiz P. Estudio Nacional de Efectos Adversos ligados a la Hospitalización (ENEAS). Madr MSC. 2005;169.

<sup>35</sup> Aranaz JM, Aibar C. 01ESTUDIO IBEAS: Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. 2009; Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/INFORME\\_IBEAS.pdf](https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/INFORME_IBEAS.pdf)

<sup>36</sup> A efectos que las Normas Técnicas se elaboran en el marco de la Ley 20.584, artículo 4°

<sup>37</sup> Información obtenida mediante GRD en hospitales de mediana y alta complejidad.



Por último, respecto a la implementación y ejecución de los planes de trabajo correctivos a nivel de los establecimientos que dependen de las Direcciones de Salud Municipal y/o corporaciones municipales, es una estrategia que permitirá dar continuidad al proceso iniciado el año anterior, impulsar nuevos proyectos para el cierre de brechas, promover el liderazgo a nivel operativo, realizar gestión de riesgo y gestión del cambio junto con el fortalecimiento de instalar la cultura de calidad y seguridad de la atención en el Modelo de Salud Familiar.

El descubrimiento de los antimicrobianos y su uso supusieron un gran avance en la curación de las enfermedades infecciosas, siendo actualmente una de las moléculas más ampliamente utilizadas en la vida cotidiana. Sin embargo, la capacidad evolutiva de los microorganismos ha permitido que éstos se adapten haciéndose resistentes a los fármacos utilizados y complejizando el tratamiento de este tipo de enfermedades. Si bien la resistencia a los antimicrobianos es un fenómeno natural, esta se ve acelerada por el mal uso y abuso de los antimicrobianos. Estudios realizados en ámbitos internacionales estiman que aproximadamente un 30% de días de terapia antimicrobiana en hospitales son inapropiadas, lo cual no solo incrementa la selección de cepas bacterianas resistentes a éstos, sino que también produce una mayor morbimortalidad y elevación de los costos en salud.

En 2017 el Ministerio de Salud lanzó, en conjunto con el Ministerio de Agricultura y el Ministerio de Economía, el Plan Nacional contra la Resistencia a los Antimicrobianos, de acuerdo con el compromiso que el país había adquirido con los organismos internacionales. En el marco de este plan se establece la necesidad de generar nuevas estrategias y sistemas de monitoreo y evaluación sobre el uso racional de los antimicrobianos en los contextos clínicos y refuerza el rol de los Programas de Optimización de uso de Antimicrobianos (PROA).

Los PROA corresponden a un conjunto de acciones locales coordinadas destinadas al uso apropiado de los antimicrobianos en las instituciones de salud, de modo de ofrecer mejores resultados clínicos, menor riesgo de efectos adversos, una mayor costo-efectividad de las terapias y la reducción o estabilización de los niveles de resistencia bacteriana. Las actividades desarrolladas por los PROA se relacionan con la promoción de la selección del régimen farmacéutico óptimo, incluida la dosificación, duración y vía de administración, y abarca los procesos de prescripción, dispensación, administración y evaluación del uso, de manera de asegurar un acceso sostenible y efectivo a los antimicrobianos.

La Resolución Exenta N°1146 del año 2020 aprueba la Norma General Técnica N°210 para la racionalización del uso de antimicrobianos en la atención clínica. Esta norma establece plazos para que los hospitales de alta y mediana complejidad cuenten con PROA definidos por resolución y apliquen estrategias de optimización de uso de antimicrobianos.

Por otra parte, la Resolución Exenta N°199 del año 2022 aprueba las Orientaciones Técnicas sobre la instalación de Programas de Optimización de uso de Antimicrobianos en Atención Primaria. Esta resolución señala la necesidad de que a nivel de los Servicios de Salud se conforme un equipo de trabajo encargado de coordinar y apoyar a los equipos PROA de la red asistencial. Este equipo debe contar con al menos profesional médico, químico farmacéutico y profesional de laboratorio, pudiendo incorporar a otros profesionales según sus necesidades. La función del equipo PROA del Servicio de Salud es monitorizar el funcionamiento de los PROA de los establecimientos de su red, además de facilitar el proceso de coordinación estableciendo protocolos locales y flujos de comunicación entre la Atención Primaria de Salud y los hospitales de referencia.

#### 4. Definiciones y terminología

- **RAM:** Resistencia a los antimicrobianos.
- **PROA:** Programas de Optimización del uso de Antimicrobianos.
- **Establecimiento de alta y mediana complejidad:** corresponde a los establecimientos definidos



como alta y mediana complejidad a los que aplica la Norma N°210. No se incluyen en esta definición a los hospitales especializados en ámbitos particulares que deben aplicar la Orientación Técnica de los hospitales de baja complejidad. Ejemplo: hospitales psiquiátricos, hospitales geriátricos o de rehabilitación entre otros.

- **PROA en Servicio de Salud:** existencia de equipo PROA del Servicio de Salud establecido por resolución y con plan de trabajo aprobado por la dirección del Servicio de Salud y ejecutado.
- **PROA de establecimientos de alta y mediana complejidad:** proporción de establecimientos de alta y mediana complejidad de la red pública de salud que cuentan con equipo PROA establecido por resolución y con plan de trabajo aprobado por la dirección del establecimiento y ejecutado.

## 5. Nombres de indicadores

**16.1.** Porcentaje de actividades ejecutadas del plan de trabajo correctivo en materia de calidad y seguridad asistencial ejecutada por el Depto. de Calidad del Servicio de Salud y las comunas a través de las direcciones de salud municipal y/o corporaciones, y Servicios de Salud con APS dependiente.

**16.2** Porcentaje de establecimientos de atención abierta de baja complejidad con solicitud presentada al proceso de acreditación y/o acreditados, según Decreto GES vigente (Resolución 704 del 14/10/2022).

**16.3** Porcentaje de cumplimiento de las actividades definidas en el Plan de implementación de la Norma Técnica sobre prevención de Lesiones por Presión (LPP), en los Servicios de Salud (Res. Ex N°73 de 2023).

**16.4** Porcentaje de cumplimiento de la ejecución de requisitos y actividades relativas a los equipos de Programas de Optimización del uso de Antimicrobianos (PROA) en los Servicios de Salud.

**16.5** Porcentaje de cumplimiento de la ejecución de requisitos y actividades relativas a los equipos de Programas de Optimización del uso de Antimicrobianos (PROA) en los establecimientos de alta y mediana complejidad.

## 6. Metas nacionales año 2024

- Cumplir con el **100,0%** de las actividades planificadas en el Plan de trabajo correctivo en materia de calidad y seguridad asistencial por parte del Depto. de Calidad del Servicio de Salud y las Direcciones de Salud Municipal y/o Corporaciones y Servicios de Salud con APS dependiente.
- Cumplir con la presentación al proceso de acreditación y/o contar con acreditación en el **100,0%** de los establecimientos de atención abierta de baja complejidad planificados por el Servicio de Salud, según Decreto GES vigente (Resolución 704 del 14/10/2022).
- Cumplir con el **100,0%** de ejecución de las actividades planificadas para el año en relación con la implementación de la actualización de la Norma Técnica de Prevención de Lesiones por Presión en atención cerrada, en todos los Servicios de Salud.
- Cumplir con el **100,0%** de los requisitos y actividades relativas a los equipos de Programas de Optimización del uso de Antimicrobianos (PROA) del Servicio de Salud.
- Cumplir con el **100,0%** de los requisitos y actividades relativas a los equipos de Programas de Optimización del uso de Antimicrobianos (PROA) de los establecimientos de alta y mediana complejidad del Servicio de Salud.



## 7. Ficha general de indicadores

Nombre del indicador	<b>16.1 Porcentaje de actividades ejecutadas del plan de trabajo correctivo en materia de calidad y seguridad asistencial ejecutada por Depto. de calidad del Servicio de Salud, las comunas a través de las direcciones de salud municipal y/o corporaciones, y Servicios de Salud con APS dependiente.</b>
Fórmula de cálculo	(Número de actividades ejecutadas del plan de trabajo correctivo de calidad y seguridad asistencial de Depto. de calidad del Servicio de Salud y las Direcciones de Salud Municipal y/o Corporaciones, y de los establecimientos APS dependientes del Servicio de Salud en el periodo / Total de actividades requeridas por el Depto. de calidad del Servicio de Salud de cada comuna con su Dirección de Salud Municipal y/o corporaciones, y de sus establecimientos APS dependientes del Servicio de Salud en el periodo) x 100.
Fuente de datos	Local con los siguientes documentos por comuna: Plan de trabajo correctivo de calidad y seguridad asistencial que contenga los requisitos y acciones solicitadas en el punto 8 de esta OOTT.

I Corte (enero – junio)		
Número acción	1	
Descripción acción	Alcanzar el <b>60,0%</b> de ejecución de las actividades requeridas en el plan de trabajo correctivo en calidad y seguridad asistencial por el Depto. de Calidad del Servicio de Salud y las Direcciones de Salud Municipal y/o Corporaciones y APS dependiente de Servicio de Salud.	
Medios de verificación	Carta Gantt a nivel comunal*. * Requisitos y acciones solicitadas en el punto 8 de esta OOTT.	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	<b>X ≥ 60,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 60,0%</b>	<b>0,0%</b>

II Corte (enero – diciembre)		
Número acción	2	
Descripción acción	Alcanzar el <b>100%</b> de ejecución de las actividades requeridas en el plan de trabajo correctivo en calidad y seguridad asistencial por el Depto. de calidad del Servicio y las Direcciones de Salud Municipal y/o Corporaciones y APS dependiente de Servicio de Salud.	
Medios de verificación	Carta Gantt a nivel comunal*. * Requisitos y acciones solicitadas en el punto 8 de esta OOTT.	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	<b>X ≥ 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 100,0 %</b>	<b>0,0%</b>



Nombre del indicador	<b>16.2 Porcentaje de establecimientos de atención abierta de baja complejidad con solicitud presentada al proceso de acreditación y/o acreditados, según Decreto GES vigente (Resolución 704 del 14/10/2022).</b>
Fórmula de cálculo	(Número de establecimientos de atención abierta de baja complejidad presentados y/o acreditados, según Decreto GES vigente en el periodo / Total de establecimientos de atención abierta de baja complejidad planificados por el Servicio de Salud para realizar solicitud de acreditación y/o estar acreditados, según Decreto GES en el periodo) x 100.
Fuente de datos	Superintendencia de Salud.

I Corte (enero – junio)		
Número acción	1	
Descripción acción	Envío de informe de avance de autoevaluación.	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	X = 100,0%	100,0%
	X < 100,0%	0,0%

II Corte (enero – diciembre)		
Número acción	2	
Descripción acción	Alcanzar el 100,0% de establecimientos de atención abierta de baja complejidad con solicitud presentada al proceso de acreditación y/o acreditados, según Decreto GES vigente de acuerdo con la planificación del Servicio de Salud.	
Medios de verificación	i. Superintendencia de Salud (solicitud de presentación acreditación o Registro de prestadores individuales)	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	X = 100,0%	100,0%
	X < 100,0%	0,0%

Nombre del Indicador	<b>16.3 Porcentaje de cumplimiento de las actividades definidas en el Plan de implementación de la Norma Técnica sobre prevención de Lesiones por Presión (LPP), en los Servicios de Salud (Res. Ex N°73 de 2023).</b>
Fórmula de Cálculo	<p style="text-align: center;"><b>Corte I</b></p> <p>Presentación del Plan de implementación de la actualización de la Norma Técnica de Prevención de Lesiones por Presión en atención cerrada del Servicio de Salud con la totalidad de los contenidos requeridos.</p> <p style="text-align: center;"><b>Corte II</b></p> <p>(Número de actividades planificadas realizadas del Plan de implementación de la actualización de la Norma Técnica de Prevención de Lesiones por Presión en atención cerrada por los Servicios de Salud en el periodo / Total de actividades requeridas para el Plan de implementación de la actualización de la Norma Técnica de Prevención de Lesiones por Presión en atención cerrada de los Servicios de Salud en el periodo) x 100.</p>
Fuente de Datos	<ol style="list-style-type: none"> <li>-Plan para la implementación de la Norma Técnica sobre prevención de Lesiones por Presión (LPP) que contenga al menos las actividades descritas en definiciones.</li> <li>-Informe de cumplimiento del plan para la implementación de la Norma Técnica sobre prevención de LPP</li> </ol>

I Corte (enero – junio)	
Número acción	1
Descripción acción	Cumplir con la entrega del Plan para la implementación de la Norma Técnica sobre prevención de Lesiones por Presión (LPP) aprobada por Res. Ex N°73 del 4 de diciembre de 2023.
Medios de verificación	<p>Plan para la implementación de la Norma Técnica sobre prevención de Lesiones por Presión (LPP) aprobada por Res. Ex N°73 del 4 de diciembre de 2023 del Servicio de Salud, que contenga la planificación de las siguientes actividades:</p> <p>-Difusión de la Norma Técnica: al menos a Directores de establecimientos de atención cerrada de su red y referentes de calidad y seguridad de la atención, mediante documento formal (memo, correo electrónico, etc.) y reunión informativa (de manera telemática o presencial).</p>



-Acompañamiento a los establecimientos de salud en la implementación: Mediante reuniones de planificación o visitas a terreno.

Cálculo del cumplimiento	Resultado obtenido	Porcentaje de cumplimiento asignado
	Plan presentado contiene el 100% de los requisitos	100,0%
	Plan presentado no contiene el 100% de los requisitos	0,0%

II Corte (enero – diciembre)		
Número acción	2	
Descripción acción	Cumplir con el <b>100,0%</b> de ejecución de las actividades planificadas.	
Medios de verificación	<p>Informe de cumplimiento del Plan de implementación de la actualización de la Norma Técnica de Prevención de Lesiones por Presión en atención cerrada del Servicio de Salud.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Actividades de difusión de la norma técnica mediante memo o correo electrónico y acta de reunión con lista de asistencia.</li> <li>2. Acta de reunión con lista de asistencia del acompañamiento realizado por establecimiento.</li> <li>3. Resultados de Lista de Chequeo en plataforma dispuesta por MINSAL.</li> <li>4. Monitoreo de los resultados de tasa de lesiones por presión por establecimiento.</li> </ol>	
Cálculo del cumplimiento	Resultado obtenido	Porcentaje de cumplimiento asignado
	X = 100,0%	100,0%
	X < 100,0%	0,0%

Nombre del indicador	<b>16.4 Porcentaje de cumplimiento de la ejecución de requisitos y actividades relativas a los equipos de Programas de Optimización del uso de Antimicrobianos (PROA) en los Servicios de Salud.</b>
Fórmula de cálculo	<b>I corte</b> (Número de requisitos cumplidos / Número de requisitos solicitados*) X 100



\*Requisitos: Resolución equipo de trabajo PROA y calendarización de cada una de las actividades solicitadas como mínimas en el Plan de trabajo.

**II corte**

(Número de actividades ejecutadas en el periodo / Número de actividades solicitadas y/o planificadas en el periodo) x 100

Fuente de datos

Resolución de la conformación del equipo PROA del Servicio de Salud.  
Plan de trabajo anual PROA en Servicios de Salud.

**I Corte (enero – junio)**

Número acción

1

Descripción acción

- Resolución de conformación del equipo PROA en el Servicio de Salud, según Orientación Técnica (R.E. 199/2022) cumplimiento al 15 de marzo de 2024.

Elaboración del Plan de trabajo anual del PROA del Servicio de Salud, presentado al 01 de abril de 2024, que contenga los siguientes requisitos mínimos:

- **Jornadas con equipos PROA de la Atención Primaria de Salud:** los equipos PROA del Servicio de Salud deben organizar al menos una jornada anual con los encargados de PROA en los establecimientos de atención primaria de su red. Estas jornadas deben ser de al menos dos días de duración y abarcar contenidos sobre lo que es la RAM, la situación actual del Servicio de Salud en cuanto a resistencia y control de uso, las estrategias para el uso racional de antimicrobianos y los sistemas de monitoreo y cálculo de indicadores.

- **Actividades de difusión con la comunidad:** los equipos PROA del Servicio de Salud deben organizar al menos una actividad anual de difusión sobre el tema de uso de antimicrobianos y la resistencia. La actividad anual para priorizar corresponde a la Semana mundial de concientización sobre la RAM que se realiza entre el 18 y 24 de noviembre de cada año. Cada equipo deberá desarrollar actividades de difusión y educación a la comunidad en base al tema que cada año es entregado por la Organización Mundial de la Salud.

- **Establecimiento de la línea de base para los indicadores de consumo y gasto.**

Los equipos PROA del Servicio de Salud deberán programar hitos de avance, al menos uno trimestralmente, para lograr establecer la línea de base del indicador de consumo y de gasto para antimicrobianos seleccionados en los hospitales de alta y mediana complejidad de su red. Los hitos de avance serán: 1) reunión con equipos PROA para el establecimiento de estado de situación de las fuentes de información para el cálculo de indicadores 2) reunión con equipos PROA para dar cuenta de ajustes en las fuentes de información y decisión de metodología a adoptar para el cálculo de los indicadores 3) reunión con equipos PROA para evaluar avances en implementación de acciones para el cálculo de los indicadores 4) reunión con equipos PROA para conocer el resultado del cálculo de indicadores según pauta disponible en formato A, contemplando los meses de enero a octubre del año en curso.

**Supervisión de los PROA:** los equipos PROA del Servicio de Salud deberán programar al menos una supervisión al año a cada establecimiento de mediana y alta complejidad de su red, la cual se realizará a través de pauta de cotejo según formato B.

Medios de verificación

Resolución de la conformación del equipo PROA del Servicio de Salud 15 de marzo de 2024.

i. Plan de trabajo anual del PROA del Servicio de Salud

Cálculo del cumplimiento

**Resultado obtenido**

**Porcentaje de cumplimiento asignado**

**Cumple con requisitos**

**100,0%**

**No cumple con requisitos**

**0,0%**



II Corte (enero – diciembre)							
Número acción	2						
Descripción acción	Ejecución de las actividades del Plan de trabajo anual del PROA del Servicio de Salud						
Medios de verificación	i. Informe de ejecución de actividades presentado <b>al 30 de diciembre de 2024</b> según <b>formato C</b> firmado por director de Servicio de Salud.						
Cálculo del cumplimiento	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Resultado obtenido</th> <th>Porcentaje de cumplimiento asignado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cumple con la ejecución de las 4 actividades mínimas requeridas.</td> <td>100,0%</td> </tr> <tr> <td>No cumple con la ejecución de las 4 actividades mínimas requeridas.</td> <td>0,0%</td> </tr> </tbody> </table>	Resultado obtenido	Porcentaje de cumplimiento asignado	Cumple con la ejecución de las 4 actividades mínimas requeridas.	100,0%	No cumple con la ejecución de las 4 actividades mínimas requeridas.	0,0%
	Resultado obtenido	Porcentaje de cumplimiento asignado					
Cumple con la ejecución de las 4 actividades mínimas requeridas.	100,0%						
No cumple con la ejecución de las 4 actividades mínimas requeridas.	0,0%						

Nombre del indicador	<b>16.5 Porcentaje de cumplimiento de la ejecución de requisitos y actividades relativas a los equipos de Programas de Optimización del uso de Antimicrobianos (PROA) en los establecimientos de alta y mediana complejidad.</b>
Fórmula de cálculo	<p><b>I corte</b> (Número de requisitos cumplidos / Número de requisitos solicitados*) X 100 *Requisitos: Resolución equipo de trabajo PROA en hospitales de alta y mediana complejidad y calendarización de cada una de las actividades solicitadas como mínimas en el Plan de trabajo.</p> <p><b>II corte</b> (Número de actividades ejecutadas en el periodo / Número de actividades solicitadas y/o planificadas en el periodo) x 100</p>
Fuente de datos	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Resoluciones de conformación de equipos PROA de los establecimientos de alta y mediana complejidad.</li> <li>-Plan de trabajo anual PROA en establecimientos de mediana y baja complejidad.</li> </ul>

I Corte (enero – junio)							
Número acción	1						
Descripción acción	<p>- Resolución de conformación del equipo PROA en el Servicio de Salud, según Orientación Técnica (R.E. 199/2022) cumplimiento al 15 de marzo de 2024.</p> <p>Elaboración del Plan de trabajo anual del PROA de los establecimientos de alta y mediana complejidad, presentado al 01 de abril de 2024, que contenga los siguientes requisitos mínimos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-<b>Reuniones de equipo PROA:</b> reuniones del equipo en forma mensual para el diseño y seguimiento de las estrategias definidas para el control de uso de antimicrobianos del grupo reserva y vigilancia.</li> <li>-<b>Reunión de establecimiento:</b> al menos una reunión al año de difusión de los objetivos, estrategias y actividades del PROA al interior del establecimiento con el equipo de salud completo.</li> <li>-<b>Desarrollo de protocolos locales.</b> Los equipos PROA deben calendarizar el desarrollo o actualización de los protocolos locales para el tratamiento de neumonía adquirida en la comunidad, infección urinaria y profilaxis quirúrgica. Los protocolos tendrán una vigencia de hasta 3 años.</li> </ul> <p><b>Monitoreo de indicadores:</b> establecer cortes periódicos para el cálculo de los indicadores establecidos en la Norma N°210. Como mínimo se debe registrar la fecha del corte para realizar el cálculo del indicador de consumo y de gasto según formato D que abarcará el periodo de enero a octubre del 2024, el cual debe ser reportado el Servicio de Salud.</p>						
Medios de verificación	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. Resoluciones locales y registro en sistema centralizado de información por Servicio de Salud a enviar por MINSAL.</li> <li>ii. Plan de trabajo anual PROA firmado por director del establecimiento presentado <b>al 01 de abril de 2024.</b></li> </ul>						
Cálculo del cumplimiento	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Resultado obtenido</th> <th>Porcentaje de cumplimiento asignado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>100,0% de los establecimientos cumplen con los requisitos</td> <td>100,0%</td> </tr> <tr> <td>&lt; 100,0% de los establecimientos cumplen con los requisitos</td> <td>0,0%</td> </tr> </tbody> </table>	Resultado obtenido	Porcentaje de cumplimiento asignado	100,0% de los establecimientos cumplen con los requisitos	100,0%	< 100,0% de los establecimientos cumplen con los requisitos	0,0%
	Resultado obtenido	Porcentaje de cumplimiento asignado					
100,0% de los establecimientos cumplen con los requisitos	100,0%						
< 100,0% de los establecimientos cumplen con los requisitos	0,0%						



II Corte (enero – diciembre)		
Número acción	2	
Descripción acción	Ejecución de las actividades del Plan de trabajo anual del PROA de los establecimientos de mediana y alta complejidad del Servicio de Salud.	
Medios de verificación	i. Informe de ejecución de actividades presentado <b>al 30 de diciembre de 2024</b> según <b>formato D</b> firmado por director de Servicio de Salud.	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	100,0% establecimientos cumplen	100,0%
	< 100,0% establecimientos cumplen	0,0%

## 8. Consideraciones técnicas

### 16.1 Porcentaje de actividades ejecutadas en el plan de trabajo correctivo en calidad y seguridad asistencial realizado por el Depto. de calidad del Servicio de Salud y las comunas a través de las Dirección de Salud Municipal y/o corporaciones y Servicios de Salud con APS dependiente.

- Implementación y ejecución del plan de trabajo correctivo en calidad y seguridad asistencial a nivel de la Dirección de salud Municipal y/o corporaciones, Servicios de Salud con APS dependiente: se refiere a un conjunto ordenado de actividades comprometidas a realizar por el Depto. de calidad del Servicio de salud y las comunas a través de las direcciones de salud municipal y/o corporaciones, y Servicios de Salud con APS dependiente para subsanar las brechas detectadas en el Informe segundo corte del año 2023, que deberán ser comunicadas al Servicio de salud correspondiente, con su respectiva carta Gantt y verificadores del cumplimiento.

- La carta Gantt describe un responsable, el cómo y cuándo se van a realizar las actividades mencionadas y las acciones cumplidas al corte con sus verificadores.

Indicador: Porcentaje de establecimientos de atención abierta de baja complejidad con solicitud presentada al proceso de acreditación y/o acreditados, según Decreto GES vigente. Resolución 704 del 14/10/2022

- Avances del Informe de Autoevaluación: aprobados por la Circular IP N°9 del 03/09/2010, requisito para poder presentar la solicitud de acreditación ante la Superintendencia de Salud.

Tabla N°1 Verificables de actividades ejecutadas del plan de trabajo correctivo 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.
Establecimientos identificados sin autorización sanitaria y/o demostración sanitaria serán considerados en plan de trabajo correctivo para cierre de brechas a través de Proyectos y acciones priorizadas por Servicio de Salud.	N° Resolución de instalación y Funcionamiento. N° de solicitud de trámite en plataforma SEREMI Identificación de Proyectos a través de asignación cód. Bip Ordinarios, Memos de solicitud de proyectos y Actas de acuerdo.
Elaboración o actualización de un diagnóstico del estado de preparación de cada establecimiento de APS de su red comunal para proceso de acreditación	Formato Informe de Autoevaluación: aprobados por la Circular IP N°9 del 03/09/2010, requisito para poder presentar la solicitud de acreditación ante la Superintendencia de Salud.
Avances del 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: 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.
En caso de realizar capacitaciones se deberá entregar como medio de verificación: Programa, lista de asistencia y evaluación.	



	Magister en Atención Primaria. Listado de asistencia a capacitaciones con aprobación
Avances en la implementación de gestión documental para cumplir con las características obligatorias, además de incorporar GCL 1.3 (inmunizaciones y manejo de cadena de frío, curaciones complejas) y monitorización de indicadores definidos por el Servicio de salud	Documentos de características obligatorias y GCL 1.3 (inmunizaciones y manejo de cadena de frío, curaciones complejas) y GCL 2.2 Informe de monitorización de indicadores elaborado por comuna.
Avances Implementación de sistemas vigilancia de eventos adversos asociados a la atención e implementación de la notificación de acuerdo con la normativa vigente.	Informe de Monitorización de notificación eventos adversos elaborado por el Servicio de Salud y/o Depto. Comunal y Corporación. Opcional Informe extraído del sistema de reporte de información plataforma digital cuando aplique
Carta Gantt	La carta Gantt describe un responsable, el cómo y cuándo se van a realizar las actividades mencionadas y las acciones cumplidas al corte con sus verificadores.

**16.4** Porcentaje de cumplimiento de la ejecución de requisitos y actividades relativas a los equipos de Programas de Optimización del uso de Antimicrobianos (PROA) en los Servicios de Salud.

Definición de verificables para indicador PROA de Servicios de Salud:

- Resolución de la conformación del equipo PROA del Servicio de Salud. Corresponde a la resolución firmada por director o directora del Servicio de Salud en donde se establezcan los nombres y cargos de los integrantes del equipo PROA del Servicio de Salud. Este equipo debe responder a lo expuesto en la Orientación Técnica para la racionalización del uso de antimicrobianos en Atención Primaria. (R.E. 199/2022) que establece que el equipo PROA del Servicio de Salud deberá estar conformado como mínimo por un profesional médico, un profesional químico farmacéutico y un profesional de laboratorio.
- Plan de trabajo. Corresponde a un documento escrito que establece las estrategias y actividades a desarrollar por el equipo PROA del Servicio de Salud durante el año calendario. El plan debe contener en forma sucinta: introducción sobre la situación actual del Servicio de Salud en cuanto a la conformación de los PROA, objetivos del plan, metodología de la elaboración del plan, actividades a desarrollar con sus responsables, presupuesto requerido y medios de verificación y Carta Gantt con la calendarización de las actividades. El documento deber ser visado por el director o directora del Servicio de Salud.

Las actividades mínimas requeridas son:

Actividad	Calendarización	Descripción	Medio de verificación.
Jornadas con equipos PROA de la Atención Primaria de Salud.	Al menos una jornada anual	Los equipos PROA del Servicio de Salud deben organizar con los encargados de PROA en los establecimientos de atención primaria de su red. Estas jornadas deben ser de al menos dos días de duración y abarcar contenidos sobre lo que es la RAM, la situación actual del Servicio de Salud en cuanto a resistencia y control de uso, las estrategias para el uso racional de antimicrobianos y los sistemas de monitoreo y cálculo de indicadores.	Programa de actividad y lista de asistentes.
Actividades de difusión con la comunidad	Al menos una actividad anual. Priorizar Semana mundial de concientización sobre la RAM	Los equipos PROA del Servicio de Salud deben organizar de difusión sobre el tema de uso de antimicrobianos y la resistencia. Los equipos PROA del Servicio de Salud deben organizar de difusión sobre el tema de uso de antimicrobianos y la resistencia	Fotografías relativas a la actividad o link a la noticia o a los contenidos de difusión.
Establecimiento de la línea de base para los indicadores de consumo y gasto.	4 reuniones "hitos de avance" (una por trimestre)	Los hitos de avance serán: 1) reunión con equipos PROA para el establecimiento de estado de situación de las fuentes de información para el cálculo de indicadores 2) reunión con equipos PROA para dar cuenta de ajustes en las fuentes de información y	Acta de reunión con asistentes y acuerdos tomados para hito 1, 2 y 3. Para hito 4 el medio



		decisión de metodología a adoptar para el cálculo de los indicadores 3) reunión con equipos PROA para evaluar avances en implementación de acciones para el cálculo de los indicadores 4) reunión con equipos PROA para conocer el resultado del cálculo de indicadores según pauta disponible en formato A, contemplando los meses de enero a octubre del año en curso.	de verificación es el formato A contemplando enero a octubre de 2024.
Supervisión de los PROA	al menos una supervisión al año a cada establecimiento de mediana y alta complejidad de su red	La visita de supervisión se realizará apoyándose en la pauta de cotejo disponible en el formato B.	Formato B.

- Informe de estado de ejecución de actividades del plan de trabajo. Corresponde a la entrega de un informe según formato C firmado por Director de Servicio de Salud. Este informe debe ser enviado junto con los medios de verificación establecidos en el recuadro anterior del plan de trabajo.

**16.6 Definición de verificables para indicador PROA en hospitales de alta y mediana complejidad.**

- Resolución de conformación de PROA en establecimientos de alta y mediana complejidad. Corresponde a la resolución firmada por director o directora del establecimiento en donde se establezcan los nombres y cargos de los integrantes del equipo PROA del hospital. Este equipo debe responder a lo expuesto en la Norma General Técnica N° 210 para la racionalización del uso de antimicrobianos en la atención clínica que establece que el equipo PROA de los hospitales de mediana y alta complejidad deberá estar conformado como mínimo por un profesional médico especialista en enfermedades infecciosas o médico con formación en enfermedades infecciosas o uso de antimicrobianos, médico con conocimiento y experiencia específica en microbiología o en su defecto el tecnólogo médico encargado del laboratorio de microbiología, y un profesional químico farmacéutico clínico.
- Plan de trabajo. Corresponde a un documento escrito que establece las estrategias y actividades a desarrollar por el equipo PROA del establecimiento durante el año calendario. El plan debe contener en forma breve: introducción sobre la situación actual del establecimiento de salud en cuanto a la resistencia y monitoreo de uso de antimicrobianos, objetivos del plan, metodología de la elaboración del plan, actividades a desarrollar con sus responsables, presupuesto requerido, medios de verificación y Carta Gantt con la calendarización de las actividades. El documento deber ser visado por el director o directora del hospital.

Las actividades mínimas requeridas son:

Actividad	Calendarización	Descripción	Medio de verificación.
Reuniones de equipo PROA	mensual	Reuniones del equipo en forma mensual para el diseño y seguimiento de las estrategias definidas para el control de uso de antimicrobianos del grupo reserva y vigilancia (ver descripción en Norma 210)	Actas de reunión con asistentes y acuerdos tomados.
Reunión de establecimiento	Al menos una al año.	Reunión con el equipo de salud completo para la difusión de los objetivos, estrategias y actividades del PROA al interior del establecimiento.	Tabla de contenidos de la reunión y lista de asistentes.
Desarrollo de protocolos locales	Según necesidad (vigencia de 3 años)	Los equipos PROA deben calendarizar el desarrollo o actualización de los protocolos locales para el tratamiento de neumonía adquirida en la comunidad, infección urinaria y profilaxis quirúrgica. Los protocolos tendrán una vigencia de hasta 3 años, por lo que, si estos protocolos se encuentran todos vigentes en	Protocolos vigentes para las 3 condiciones de salud.





Servicio de Salud: \_\_\_\_\_  
 Nombre del hospital: \_\_\_\_\_  
 Fecha de supervisión: \_\_\_\_\_

ACTIVIDADES	Cumple	No cumple	No aplica
Equipo PROA conformado y con resolución.			
Plan de trabajo aprobado por la dirección del hospital.			
Actas de reuniones de equipo PROA según planificación.			
Actividades de difusión intrahospitalarias desarrolladas según planificación.			
Existencia de protocolo clínico local para neumonía adquirida en la comunidad en adultos.			
Existencia de protocolo clínico local para neumonía adquirida en la comunidad en pediatría.			
Existencia de protocolo clínico local para Infección urinaria en adulto.			
Existencia de protocolo clínico local para Infección urinaria en pediatría.			
Existencia de protocolo clínico local para profilaxis quirúrgica en adulto.			
Existencia de protocolo clínico local para profilaxis quirúrgica en pediatría.			
Estrategia de pre-autorización para antimicrobiano del grupo reserva implementada.			
Existencia de formulario especial para la solicitud de antimicrobianos del grupo reserva.			
Actividades de evaluación post prescripción implementadas.			
Sistema de comunicación de visados expedito.			
Sistema de alerta de resultados microbiológicos críticos implementado.			
Sistema de registro para monitoreo de uso de antimicrobianos implementado.			
Existencia de actividades de difusión de los resultados de la evaluación de prescripción de uso de antimicrobianos.			
Monitoreo de los niveles de resistencia de Staphylococcus aureus en infecciones invasoras (SAMR).			
Monitoreo de los niveles de resistencia de Enterococo a la vancomicina.			
Monitoreo de los niveles de resistencia de Pseudomona aeruginosa a cefalosporinas antipseudomónicas.			
Monitoreo de al menos un indicador clínico.			

### Definición de medios verificables de la pauta de cotejo “Supervisión PROA Establecimientos de alta y mediana complejidad”

La pauta de cotejo permite evaluar el estado de desarrollo de los PROA de cada hospital. El Servicio de Salud la aplicará durante la supervisión a los establecimientos revisando el cumplimiento a través de los medios de verificación que se establecen a continuación. Cabe señalar que no es esperable que los establecimientos cumplan con todos los puntos de la pauta para dar la meta del Servicio de Salud por cumplida, a excepción de aquellas actividades o documentos que se han establecido como parte de los mínimos.

Actividades	Descripción	Medio de verificación
Conformación del equipo PROA	Equipo PROA conformado y con resolución.	Resolución firmada por director del establecimiento con los nombres y cargos de los integrantes de los equipos PROA
Diseño del Plan de trabajo	Plan de trabajo aprobado por la dirección del hospital, que contemple la	Documento escrito del plan de trabajo firmado por la dirección del hospital y que contemple las actividades mínimas establecidas en la definición



	definición de los sistemas verificables para el indicador PROA.	de los sistemas verificables para el indicador PROA.
Desarrollo de reuniones del equipo PROA	Desarrollo de reuniones según calendario	Actas de reuniones que contengan los asistentes y acuerdos tomados.
Desarrollo de actividades de difusión intrahospitalarias según planificación.	Reunión con el equipo de salud completo para la difusión de los objetivos, estrategias y actividades del PROA al interior del establecimiento.	Tabla de contenidos de la reunión y lista de asistentes.
Diseño de protocolos clínicos locales	Existencia de protocolo clínico local para neumonía adquirida en la comunidad, infecciones urinarias y profilaxis quirúrgica para adultos y pediatría según corresponda.	Protocolo.
Implementación de estrategias para grupo reserva	Existencia de estrategia de pre-autorización para antimicrobiano del grupo reserva implementada.	Mecanismo establecido para la pre-autorización escrito en el plan de trabajo o actas de reunión.
	Existencia de formulario especial para la solicitud de antimicrobianos del grupo reserva	Formulario especial.
	Actividades de evaluación post prescripción implementadas.	Mecanismo establecido para la evaluación post prescripción escrito en el plan de trabajo o actas de reunión.
	Sistema de comunicación de visados expedito	Mecanismo establecido para el sistema de comunicación de visados expedito escrito en el plan de trabajo o actas de reunión
Implementación de sistema de alerta de resultados críticos microbiológicos	Existencia de un mecanismo que permita alertar los resultados críticos de agentes resistentes en el hospital	Mecanismo establecido para el sistema de alerta de resultados críticos escrito en el plan de trabajo o actas de reunión
monitoreo de uso de antimicrobianos.	Existencia de un sistema de registro para monitoreo de uso de antimicrobianos seleccionados implementado.	Mecanismo establecido para el monitoreo de uso que permita la recopilación de datos para el formato D.
Difusión de los resultados de la evaluación de prescripción de uso	Existencia de actividades de difusión de los resultados de la evaluación de prescripción de uso de antimicrobianos hacia la comunidad hospitalario. Esta difusión se debe realizar a través de la forma que el equipo establezca, pudiendo ser comunicaciones escritas o en línea, muestras gráficas de resultados, reuniones de difusión, entre otras.	Verificador depende de la actividad programada para la difusión.
Monitoreo de los niveles de resistencia de bacterias específicas.	Resistencia de Staphylococcus aureus en infecciones invasoras (SAMR).	Informe de laboratorio
	Resistencia de Enterococo resistente a la vancomicina	Informe de laboratorio
	Resistencia de Pseudomona aeruginosa resistente a cefalosporinas antipseudomónicas	Informe de laboratorio
Monitoreo de indicadores clínicos	Monitoreo de al menos un indicador clínico según norma 210.	Resultado del monitoreo de los indicadores clínicos establecidos.



**Formato C: Informe de estado de ejecución de actividades del plan de trabajo anual del PROA del Servicio de Salud.**

Servicio de Salud \_\_\_\_\_  
Fecha del Informe \_\_\_\_\_ Responsable \_\_\_\_\_

1.- Jornadas con equipos PROA de la atención primaria de salud.

- Número de jornadas programadas:
- Número de jornadas ejecutadas:
- Medios de verificación: Programa de actividad y lista de asistentes.

2.- Actividades de difusión con la comunidad.

- Número de actividades programadas:
- Número de actividades ejecutadas:
- Medio de verificación: Adjuntar fotografías u otro medio de verificación.

3.- Establecimiento de la línea de base para los indicadores de consumo y gasto.

- Número de reuniones “hitos de avance” programadas:
- Número de reuniones “hitos de avance” realizadas:
- Medio de verificación: acta de reunión con asistentes y acuerdos tomados para hito 1, 2 y 3. Formato A para hito 4 contemplando enero a octubre de 2024

4.- Supervisiones a los equipos PROA de establecimientos hospitalarios.

- Número de hospitales de alta y mediana complejidad pertenecientes al servicio de salud:
- Número de hospitales de alta y mediana complejidad supervisados con pauta de cotejo:
- Medio de verificación: Informes formato B de cada supervisión (no requiere el envío de medios de verificación a nivel central).

\_\_\_\_\_  
**Nombre y firma del Director (a) del Servicio de Salud.**



## Formato D: Informe de estado de ejecución de actividades del plan de trabajo anual para PROA de hospitales de alta y mediana complejidad.

Nombre del hospital: \_\_\_\_\_  
Fecha del informe: \_\_\_\_\_ Responsable \_\_\_\_\_

### 1.- Reuniones de equipo PROA.

-Número de reuniones programadas:

-Número de reuniones ejecutadas:

-Medio de verificación: actas de reunión con asistentes y acuerdos tomados.

### 2.- Reunión de establecimiento con equipo de salud.

-Número de reuniones programadas:

-Número de reuniones ejecutadas:

-Medio de verificación: Temario y lista de asistentes.

### 3.- Desarrollo de protocolos locales para tratamiento de cuadros clínicos específicos.

Protocolo local	Adultos		Pediatria	
	Requiere (SI/NO)	Existe (SI/NO)	Requiere (SI/NO)	Existe (SI/NO)
Neumonía adquirida en la comunidad				
Infección urinaria				
Profilaxis quirúrgica				

\*Requiere se refiere a que, si es un hospital de adultos requerirá de protocolos de adulto, pero no requiere de pediatría, sin embargo si es

un hospital mixto, requiere de protocolos de adultos y pediatría.

Medio de verificación: Adjuntar protocolo con vigencia menor o igual a 3 años.

- Cálculo de indicadores de consumo y gasto para antimicrobianos definidos (separar UPC de servicios clínicos con camas básicas): completar tablas del reporte de consumo y gasto de antimicrobianos en el Excel enviado por el nivel central (ver anexo 1)

\_\_\_\_\_  
**Nombre y firma del Director (a) del hospital.**



## Reporte de consumo y gasto de antimicrobianos

Unidades críticas* :							
MEDICAMENTOS	Gramos utilizados	DDD	días/ cama ocupados	Días Terapia	Costo promedio	Consumo total	Gasto total
Ceftazidima							
Ceftriaxona							
Ciprofloxacino							
Piperacilina-tazobactam							
Imipenem							
Meropenem							
Vancomicina							
Linezolid							
Colistina							
Ceftolozano-tazobactam							
Ceftazidima-avibactam							
Aztreonam							

Servicios clínicos con camas básicas* :							
MEDICAMENTOS	Gramos utilizados	DDD	días/ cama ocupados	Días Terapia	Costo promedio	Consumo total	Gasto total
Ceftazidima							
Ceftriaxona							
Ciprofloxacino							
Piperacilina-tazobactam							
Imipenem							
Meropenem							
Vancomicina							
Linezolid							
Colistina							
Ceftolozano-tazobactam							
Ceftazidima-avibactam							
Aztreonam							

\* Describir las unidades y servicios clínicos básicos que el hospital incluye en este reporte



**Descripción:** Estos indicadores miden el consumo y gasto de un grupo de antimicrobianos en los hospitales de alta y mediana complejidad de acuerdo con la regulación vigente establecida en la Norma General Técnica N°210 para la racionalización del uso de antimicrobianos en la atención clínica.

Para medir el consumo de antimicrobianos se utilizarán los siguientes indicadores:

**Indicadores de uso**

Usa como unidad de medida la Dosis Diaria Definida (DDD) por 100 días cama para los siguientes antimicrobianos:

1. Ceftazidima
2. Ceftriaxona
3. Ciprofloxacino
4. Piperacilina-tazobactam
5. Imipenem
6. Meropenem
7. Vancomicina
8. Linezolid
9. Colistina
10. Ceftolozano-tazobactam
11. Ceftazidima-avibactam
12. Aztreonam

Los hospitales deberán realizar el cálculo de las DDD separando las unidades de pacientes críticos de los servicios clínicos con camas básicas, según la estructura de cada hospital, y deberán dejar establecido cuáles son las unidades que están incorporadas en esta medición para cada subgrupo ya que se deberá usar la misma estructura para las mediciones futuras.

Las DDD serán usadas en todos los hospitales, tanto de adultos como pediátricos. No obstante, aquellos hospitales pediátricos que cuenten actualmente con fuentes de información que permitan el cálculo de los Días de Terapia (DOT) podrán utilizar esta unidad de medida.

**Cálculo de DDD:**

$$\text{DDD por 100 días cama} = \frac{\text{Gramos del antimicrobiano utilizado}}{\text{DDD x día cama ocupado}} \times 100$$

Donde:

- Gramos de antimicrobiano utilizados, corresponde a la cantidad en gramos del antimicrobiano que fue despachada según registro de farmacia del hospital a las unidades incluidas en la medición. Para DDD no es necesario restar las devoluciones de los antimicrobianos a farmacia, a no ser que el hospital quiera y pueda hacerlo, lo que debe quedar especificado en la construcción del indicador.
- DDD corresponde a la dosis diaria definida del antimicrobiano según lo establecido por la Organización Mundial de la Salud (cifra estandarizada). Para obtenerla se debe acceder a la página WEB de la OMS mediante el link [https://www.whocc.no/atc\\_ddd\\_index/](https://www.whocc.no/atc_ddd_index/)



- En el código ATC, escoger la letra J de antiinfectivos de uso sistémico, luego el código JO1 y buscar según familia del antibiótico. En el caso de colistina escoger el código ATC A de tracto alimentario y metabolismo, luego A07 antidiarreicos, antiinflamatorios/antiinfectivos intestinales y por último A07 antidiarreicos, agentes antiinflamatorios/antiinfectivos intestinales.
- Día cama ocupado: número de días cama utilizados en el año en las unidades incluidas en esta medición, otorgado por la unidad de estadística del hospital.
- Fuente de información: Unidades de Farmacia de cada establecimiento.

#### Cálculo de DOT:

$$\text{DOT por 1000 días cama} = \frac{\text{Días de terapia}}{\text{Día cama ocupado}} \times 1000.$$

Donde:

- Días de terapia: corresponde a la sumatoria de días que cada paciente individual recibió el antimicrobiano evaluado en las unidades incluidas en la medición.
- Día cama ocupado: Número de días cama utilizados en el año en las unidades incluidas en la medición, otorgado por la unidad de estadística del hospital.

#### Indicadores de gasto

Corresponde al cálculo del gasto anual para los fármacos anteriormente listados en todo el establecimiento.

Gasto = Cantidad utilizada en el período x Costo unitario

Donde:

- Cantidad utilizada es el número de unidades del antimicrobiano despachada por la farmacia para su uso.
- Costo unitario es el promedio de costo en pesos chilenos que se pagó por cada unidad del antimicrobianos. Se utiliza el costo promedio ya que las compras por distintas vías pueden significar distintos precios unitarios para un mismo fármaco.



Ministerio de Salud

Gobierno de Chile



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



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

## 1. Objetivo general

Implementar medidas para el abordaje del ausentismo laboral por licencia médica curativa, con enfoque biopsicosocial y especial énfasis en la Salud Mental de las/los funcionarias de la red de establecimientos dependientes de Servicios de Salud.

## 2. Objetivos específicos

- Priorizar los principales problemas, desafíos y necesidades asociadas al ausentismo laboral, en base al diagnóstico integral, a fin de disminuir el índice de ausentismo por licencia médica curativa en la red de establecimientos dependientes de Servicios de Salud.
- 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 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 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 estrés<sup>38</sup>, 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 de gestión 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. Considerando la implementación trienal del compromiso (2023, 2024 y 2025), se espera que a fines del 2024 se implemente a lo menos el 50% de las actividades programadas en el Plan, priorizando aquellos ámbitos que fueron definidos como importantes según el diagnóstico realizado por los Servicios de Salud.

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.

---

<sup>38</sup> OMS, 2011.



En este contexto y para ir avanzando y profundizando en las principales causales se propone focalizar la implementación de actividades en ámbitos que de acuerdo con la evaluación de los planes de abordaje del ausentismo laboral enviados por los Servicios de Salud en el 1er corte 2023, son relevantes para generar algún grado de impacto sobre el ausentismo laboral. Estos ámbitos son: Liderazgo, Conciliación, MALS y otros, cuya gestión inadecuada provocaría alteraciones de la Salud Mental de nuestros funcionarios y funcionarias, constituyendo ésta la principal causa de las licencias médicas curativas que incrementan el ausentismo laboral.

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 se reincorpora y 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 reemplazos definidas por DIPRES, para la confección de los Informes de dotación trimestrales, las cuales son:

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. Nombres de indicadores

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

**17.2** Número de días disminuidos del Índice de ausentismo laboral por Licencia médica curativa respecto a lo observado en el año 2023.

## 6. Metas nacionales año 2024

- Ejecutar al menos el **50,0%** del total del plan trienal para el año 2024.
- **Disminuir y/o mantener el Índice de ausentismo** laboral por Licencia médica curativa, de acuerdo con la siguiente definición:

Índice año 2023	Meta
24 o menos días de ausentismo	Disminuir o mantener índice observado
Mayor a 24 y menor a 32 días	Disminuir 1 o más días
Mayor a 32 días	Disminuir 2 o más días

## 7. Ficha General del Indicador

Nombre del indicador	<b>17.1 Porcentaje de acciones implementadas del Plan de abordaje del ausentismo con enfoque biopsicosocial.</b>
Fórmula de cálculo	(Número de acciones implementadas del Plan de abordaje en el periodo / Número total de acciones planificadas del Plan de abordaje en el periodo) x 100
Fuente de datos	5 fuentes: Conciliación, MALS, Clima Laboral (Liderazgo) Otras fuentes: Reportabilidad saludablemente, Salud funcionaria, Riesgo Psicosocial y otros.

I Corte (enero – junio)		
Número acción	1	
Descripción acción	Ejecución de al menos <b>35,0%</b> de las actividades definidas en el plan trienal para el año en curso.	
Medios de verificación	i. Informe de cumplimiento Formato entregado por el Departamento de Seguridad y Salud en el Trabajo MINSAL.	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	<b>X ≥ 35,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>30,0% ≤ X &lt; 35,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>25,0% ≤ X &lt; 30,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>20,0% ≤ X &lt; 25,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 0,0%</b>	<b>0,0%</b>
Número acción	2	
Descripción acción	Envío informe de evaluación semestral	
Medios de verificación	i. Documento con evaluación semestral Formato entregado por el Departamento de Seguridad y Salud en el Trabajo MINSAL.	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	<b>X = 100%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 100%</b>	<b>0,0%</b>



II Corte (julio – diciembre)		
Número acción	3	
Descripción acción	Ejecución de al menos el <b>50,0%</b> de las actividades definidas en el plan trienal del año en curso.	
Medios de verificación	i. Informe final de “cumplimiento” Formato entregado por el Departamento de Seguridad y Salud en el Trabajo MINSAL.	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	$X \geq 50,0\%$	100,0%
	$45,0\% \leq X < 50,0\%$	75,0%
	$40,0\% \leq X < 45,0\%$	50,0%
	$35,0\% \leq X < 40,0\%$	25,0%
Número acción	4	
Descripción acción	i. Envío informe final de “evaluación” de cumplimiento año 2024. Formato entregado por el Departamento de Seguridad y Salud en el Trabajo MINSAL.	
Medios de verificación	Documento con evaluación del cumplimiento COMGES 2024.	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	$X = 100,0\%$	100,0%
	$X < 100,0\%$	0,0%

Nombre del indicador	<b>17.2 Número de días disminuidos del Índice de Ausentismo Laboral por LMC respecto a lo observado en el año 2023.</b>
Fórmula de cálculo	(Índice Ausentismo Laboral LMC en el periodo) - (Índice Ausentismo Laboral LMC en el mismo periodo año 2023)
Fuente de datos	Módulo de gestión de ausentismo licencias médicas curativas, Qlikview – SIRH.

I Corte (enero – junio)		
Número acción	1	
Descripción acción	<b>Disminuir y/o mantener</b> el Índice de Ausentismo Laboral por LMC acumulado, de acuerdo con lo definido para cada Servicio de Salud, respecto a lo observado en el periodo enero a junio del año anterior.	
Medios de verificación	i. Módulo de gestión de ausentismo licencias médicas curativas, Qlikview – SIRH.	
Cálculo del cumplimiento	<b>Disminuir o mantener</b>	
	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	$X \leq LB$	100,0%
	$0,5 \text{ días} \geq X > LB$	50,0%
	$X > 0,5 \text{ días}$	0,0%
	<b>Disminuir 1 o más días</b>	
	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	$X \geq 1,0 \text{ día}$	100,0%
	$0,7 \text{ días} \leq X < 1,0 \text{ día}$	75,0%
	$0,5 \text{ días} \leq X < 0,7 \text{ días}$	50,0%
	$0,0 \text{ días} \leq X < 0,5 \text{ días}$	25,0%
	$X < 0,0 \text{ días}$	0,0%
	<b>Disminuir 2 o más días</b>	
	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	$X \geq 2,0 \text{ días}$	100,0%
	$1,8 \text{ días} \leq X < 2,0 \text{ días}$	75,0%
	$1,5 \text{ días} \leq X < 1,8 \text{ días}$	50,0%
	$0,0 \text{ día} \leq X < 1,5 \text{ días}$	25,0%
$X < 0,0 \text{ días}$	0,0%	



II Corte (enero – diciembre)		
Número acción	2	
Descripción acción	<b>Disminuir y/o mantener</b> el Índice de Ausentismo Laboral por LMC acumulado, de acuerdo con lo definido para cada Servicio de Salud, respecto a lo observado en el periodo enero a diciembre del año anterior.	
Medios de verificación	Módulo de gestión de ausentismo licencias médicas curativas, Qlikview – SIRH.	
Cálculo del cumplimiento	<b>Disminuir o mantener</b>	
	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	<b><math>X \leq LB</math></b>	<b>100,0%</b>
	<b><math>0,5 \text{ días} \geq X &gt; LB</math></b>	<b>50,0%</b>
	<b><math>X &gt; 0,5 \text{ días}</math></b>	<b>0,0%</b>
	<b>Disminuir 1 o más días</b>	
	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	<b><math>X \geq 1,0 \text{ día}</math></b>	<b>100,0%</b>
	<b><math>0,7 \text{ días} &lt; X &lt; 1,0 \text{ día}</math></b>	<b>75,0%</b>
	<b><math>0,5 \text{ días} \leq X &lt; 0,7 \text{ días}</math></b>	<b>50,0%</b>
	<b><math>0,0 \text{ días} \leq X &lt; 0,5 \text{ días}</math></b>	<b>25,0%</b>
	<b><math>X &lt; 0,0 \text{ días}</math></b>	<b>0,0%</b>
	<b>Disminuir 2 o más días</b>	
	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	<b><math>X \geq 2,0 \text{ días}</math></b>	<b>100,0%</b>
	<b><math>1,8 \text{ días} \leq X &lt; 2,0 \text{ días}</math></b>	<b>75,0%</b>
<b><math>1,5 \text{ días} \leq X &lt; 1,8 \text{ días}</math></b>	<b>50,0%</b>	
<b><math>0,0 \text{ día} \leq X &lt; 1,5 \text{ días}</math></b>	<b>25,0%</b>	
<b><math>X &lt; 0,0 \text{ días}</math></b>	<b>0,0%</b>	

## 8. Consideraciones técnicas

El trabajo por desarrollar está plasmado en el Plan Central de Abordaje Biopsicosocial del Ausentismo del Servicio de Salud descrito el 2023, que da cuenta de las acciones ejecutadas a nivel de toda la Red. Por otro lado, a nivel de cada Establecimiento dependiente del Servicio de Salud, se debe contar con Plan local de Abordaje Biopsicosocial del Ausentismo, el cual deberá estar en sintonía con el Plan Central del Servicio de Salud.

El Plan Central de Abordaje Biopsicosocial del Ausentismo se fundamentó en el diagnóstico realizado 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.

Considerando que el COMGES 17 se aplica de manera trienal, se solicitará a los Servicios que desde el 2024 focalicen o prioricen las actividades concernientes a Liderazgo, Conciliación, MALS y otros, de tal manera que tomando como base la ejecución de al menos el 20% de actividades durante el 2023, se logre dar cumplimiento como mínimo al 50% de actividades el 2024, de acuerdo a lo dispuesto en las OOTT, de modo que este 30% adicional se estaría direccionando en actividades en los ámbitos ya mencionados. Los resultados del análisis final permitirán orientar el abordaje para el 2025.

Además, deberá incorporar las acciones mínimas indicadas desde el Nivel Central para el abordaje del ausentismo. Se enviará Guía Técnica de apoyo para el cumplimiento de los compromisos 2024 que incluirá una pauta que ponderará los ámbitos priorizados según grado de relevancia, lo que permitirá reconocer a nivel local y nacional cuales son los temas más relevantes que están incidiendo en el ausentismo laboral. Por otro lado, se solicitará que se identifiquen actividades concretas vinculadas a los ámbitos descritos, las que deberían implementarse durante el periodo a evaluar.

Se enviarán los formatos respectivos para apoyar la entrega de los informes según fecha de corte.



Ministerio de  
Salud

Gobierno de Chile



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



Ámbito RISS:	Gobernanza y Estrategia.
Atributo:	1. Un sistema de gobernanza único para toda la Red. 2. Participación amplia.

## 1. Objetivo general

Fortalecer la participación social y la gestión de satisfacción usuaria en salud desde el enfoque de derechos con pertinencia territorial y cultural, a través de un plan trienal de trabajo colaborativo entre directivos y equipos de salud, la comunidad usuaria, las organizaciones de salud y la sociedad civil, que promueva una mayor incidencia en la toma de decisiones en salud y la mejora de los resultados sanitarios.

## 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 Presidencial<sup>39</sup> 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.
- Contribuir a mejorar la satisfacción usuaria en el marco de los procesos de atención a través de estrategias de humanización de la atención y trabajo articulado de equipos técnicos responsables y la comunidad usuaria.

### 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

<sup>39</sup> 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>



en la calidad y efecto de la participación ciudadana. Como por ejemplo reforzar competencias en liderazgo, oratoria, técnicas de administración, entre otras.

**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 /2001<sup>40</sup>) 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, así como estrategias que contribuyan a mejorar la experiencia y satisfacción usuaria. 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.

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

<sup>40</sup> Disponible en: <https://www.bcn.cl/Leychile/navegar?idNorma=191865>



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 co-creación.
- 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 sociales con presencia territorial. Esto con la finalidad de potenciar las instancias de intercambio de ideas y percepciones sobre distintos temas priorizados por la comunidad usuaria, fortaleciendo el proceso de toma de decisiones en salud en un marco de mayor horizontalidad en la relación entre equipos técnicos de las redes asistenciales y la población.

### 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.
- Ley 21.372“Ley Mila” Modifica la Ley N° 20.584, estableciendo medidas especiales con relación al acompañamiento de los pacientes que se indican.
- Ley 21.371 “Ley Dominga” Establece medidas especiales en caso de muerte gestacional o perinatal.
- Ley 21.168“Ley de Atención Preferente” Modifica la Ley N° 20.584, a fin de crear el derecho a la atención preferente.
- Ley 21.380“Ley cuidadores” Reconoce a los cuidadores o cuidadoras el derecho a la atención preferente en el ámbito de la salud.

### Contexto de la Participación Ciudadana en Salud para el año 2024 – 2026.

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 2024:

- **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”<sup>41</sup>
- **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

- **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 Social:** 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.

<sup>41</sup> Disponible en: <https://www.MINSAL.cl/departamento-ddhh-genero/definiciones-basicas/>



- **Plan de Participación Social:** 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.
- **Satisfacción usuaria:** es un objetivo y un resultado de los procesos de atención en salud. Constituye una a dimensión de la Calidad, y en una línea estratégica priorizada en la atención de salud de las personas. En este contexto, el mejoramiento de la satisfacción usuaria es un proceso permanente y continuo, en los establecimientos de salud del país. Lo anterior, tiene además importancia debido a su directa relación con la Ley N.º 20.584 de derechos y deberes de las personas y en el contexto de su atención de salud, la cual establece una serie de normas relativas a la acogida, información, trato y relación con los usuarios, pacientes, familiares y acompañantes. Específicamente, esta Ley, en su artículo 5º, determina normas relativas al Trato Digno y, desde los artículos 8º al 11º, a la Información a usuarios, en todas sus dimensiones.

## 5. Nombre del Indicador

**18.1** Porcentaje de acciones planificadas, ejecutadas y evaluadas contenidas en el Plan trienal de Participación Social y Gestión de Satisfacción Usuaria.

## 6. Meta Nacional año 2024

- Ejecutar el **100,0%** de las acciones establecidas para el año 2024 contenidas en el Plan trienal de Participación Social y Gestión de Satisfacción Usuaria.

## 7. Ficha General del Indicador

Nombre del indicador	<b>18.1 Porcentaje de acciones planificadas, ejecutadas y evaluadas contenidas en el Plan trienal de Participación Social y Gestión de Satisfacción Usuaria.</b>
Fórmula de cálculo	$\left( \frac{\text{Número de requisitos cumplidos}}{\text{Número de requisitos solicitados}} \right) \times 100$ <p>*Requisitos: Plan Trienal de Participación Social y Gestión de Satisfacción Usuaria en salud con evaluación del diagnóstico 2023 y diagnóstico 2024.</p> <p>(Número de acciones planificadas, medidas y evaluadas del Plan trienal de Participación social y Gestión de satisfacción usuaria implementadas en el periodo t / Total de acciones del Plan trienal de Participación social y Gestión de satisfacción usuaria planificadas, medidas y evaluadas comprometidas en el periodo t) x 100.</p> <p>Se espera al menos un total anual de 12 acciones vinculadas con participación de la población usuaria y sociedad civil en general tales como las contenidas en el Anexo N°2 de Formato Plan Trienal de fortalecimiento de la participación social y gestión de satisfacción usuaria en salud.</p>
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	Plan Trienal 2024 – 2026 con Evaluación de Diagnóstico Territorial de Participación Social y Gestión de Satisfacción Usuaria elaborado durante 2023 y actualización 2024, de acuerdo con Guía Metodológica MINSAL. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnóstico de situación de la participación actualizado mediante la realización de jornadas o talleres participativos para: priorización de áreas temáticas y oportunidades para fortalecer y mejorar la participación. Difusión de resultados del diagnóstico por</li> </ul>



	<p>medios oficiales de difusión del Servicio de Salud.</p> <p>Diagnóstico participativo de Satisfacción Usuaría mediante la realización de jornadas o talleres participativos para: priorización de áreas temáticas y oportunidades para fortalecer y mejorar la satisfacción usuaria. Difusión de resultados del diagnóstico por medios oficiales de difusión del Servicio de salud</p> <p>Plan Trienal 2024 – 2026 La programación debe incluir acciones y/o actividades para el semestre con sus respectivos verificadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Un Reporte de la actualización de los COSOC, Consejos de desarrollo, Consejos Consultivos u otras instancias de participación con perspectiva de género e inclusión de Grupos Históricamente excluidos de procesos de participación en salud, según lo establecido en el Reglamento vigente de cada Servicio de salud o Establecimiento. La actualización de los COSOC o Consejos puede considerar un proceso paulatino que contiene distintas acciones en distintas etapas o fases de implementación, desde el diseño de la metodología de renovación de sus integrantes, hasta su conformación definitiva y presentación a la comunidad.</li> <li>- Un Reporte de planes de mejora con foco en la humanización de la atención y satisfacción usuaria, diseñados, ejecutados y evaluados participativamente.</li> </ul>	
Medios de verificación	Informe que contenga el Plan Trienal de Participación Social y Gestión de Satisfacción Usuaría en salud con diagnóstico evaluado y actualizado. Plan Trienal 2024 – 2026 con programación anual elaborado mediante jornadas o talleres participativos.	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje designado</b>
	<b>Cumple con requisitos solicitados</b>	<b>100,0%</b>
	<b>No cumple con requisitos solicitados</b>	<b>0,0%</b>

Número acción	<b>2</b>	
Descripción acción	Ejecución de actividades y acciones comprometidas para el semestre de acuerdo con la programación anual del Plan Trienal de Participación Social y Gestión de Satisfacción Usuaría en coherencia con orientaciones técnicas y metodológicas MINSAL. Se espera la implementación de al menos seis (6) acciones durante este período según cronograma del Plan Trienal en su ejecución 2024	
Medios de verificación	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. Informe del avance de la ejecución de la programación anual del Plan Trienal de Participación Social y Gestión de Satisfacción Usuaría, a la fecha del primer corte.</li> <li>- Un Reporte de evaluación participativa del avance del Plan a la fecha del corte.</li> </ul>	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje designado</b>
	<b>Cumple con requisitos solicitados</b>	<b>100,0%</b>
	<b>No cumple con requisitos solicitados</b>	<b>0,0%</b>

<b>II Corte (julio – diciembre)</b>		
Número acción	<b>3</b>	
Descripción acción	Ejecución de actividades y acciones comprometidas para el semestre de acuerdo con la programación anual del Plan Trienal de Participación Social y Gestión de Satisfacción Usuaría, en coherencia con orientaciones técnicas y metodológicas MINSAL.	
Medios de verificación	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. Informe del avance de la implementación del Plan Trienal de Participación Social y Gestión de Satisfacción Usuaría, al final del segundo corte. Debe contener las acciones y actividades comprometidas para el semestre con sus respectivos verificadores. Un reporte de Jornadas o talleres en donde se desarrollen las acciones o actividades planificadas en el segundo semestre. Se espera la implementación de al menos seis (6) acciones durante este período según cronograma del Plan Trienal en su ejecución 2024</li> </ul>	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	<b>Cumple con requisitos solicitados</b>	<b>100,0%</b>
	<b>No cumple con requisitos solicitados</b>	<b>0,0%</b>

Número acción	<b>4</b>	
Descripción acción	Elaboración de informe que dé cuenta del proceso desarrollado durante el año, contemplando las actividades programadas y desarrolladas durante el periodo reportado conteniendo una evaluación anual de lo realizado.	
Medios de verificación	Informe final de resultados del año en coherencia con orientaciones técnicas y metodológicas MINSAL que contenga:	



La realización de jornadas o talleres participativos en donde se realice la evaluación del avance y desarrollo del primer año (2024) del Plan Trienal de Participación Social y Gestión de Satisfacción Usuaría del Servicio de Salud y se identifiquen ajustes a incorporar durante la programación de 2025.

	Resultado obtenido	Porcentaje de cumplimiento asignado
Cálculo del cumplimiento	Cumple con requisitos solicitados	100,0%
	No cumple con requisitos solicitados	0,0%

## 8. Consideraciones técnicas



Subsecretaría de Redes Asistenciales  
Departamento de Participación Ciudadana y Trato al Usuario

### GUÍA METODOLÓGICA PARA EL DISEÑO, IMPLEMENTACION Y EVALUACIÓN DEL PLAN TRIENAL DE PARTICIPACIÓN SOCIAL Y GESTIÓN DE LA SATISFACCIÓN USUARIA: PLANIFICACIÓN 2024 EN LAS REDES ASISTENCIALES –COMGES 18.

#### INTRODUCCIÓN

En el marco de la necesidad de contar con un sistema de gobernanza único para toda la Red Asistencial el Departamento de Participación Ciudadana y Trato al Usuario, se ha planteado el objetivo de *“fortalecer la participación social y la gestión de satisfacción usuaria en salud desde el enfoque de derechos con pertinencia territorial y cultural, a través de un Plan trienal de trabajo colaborativo entre directivos y equipos de salud, la comunidad usuaria, las organizaciones sociales de salud y la sociedad civil que promueva la participación en la toma de decisiones en salud y la mejora de los resultados sanitarios ”* (MINSAL, 2023).

Para ello, se plantean las siguientes consideraciones generales para la construcción del Plan Trienal:

- Desarrollar un plan trienal de participación social y gestión de la satisfacción usuaria desde el enfoque de los determinantes sociales, la perspectiva de género, equidad, interculturalidad y la corresponsabilidad en salud desde el diseño, la implementación y la evaluación de los procesos y acciones.
- Fortalecer el rol de conducción y liderazgo de las y los directivas y directivos de todos los niveles de la red asistencial en el desarrollo e implementación de cada una de las etapas del Plan Trienal.
- Fortalecer la coordinación intrasectorial e intersectorial y alianzas estratégicas con el fin de ampliar la base de participación y movilización de recursos disponibles para la participación social en los territorios.
- Potenciar la conformación, institucionalización y funcionamiento de diversas instancias de participación social y gestión de satisfacción usuaria en los establecimientos de salud y diferentes niveles de la red asistencial.
- Promover el desarrollo de competencias y habilidades de los equipos de salud y organizaciones de la sociedad civil, así como la difusión de información en salud que facilite la participación en diversas instancias, con incidencia en la toma de decisiones en 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.
- Fomentar la participación de los grupos históricamente excluidos de la toma de decisiones en la salud como niños, niñas y adolescentes, personas en situación de discapacidad, personas mayores, pueblos originarios y comunidad LGBTIQ+, entre otros, a través de mecanismos y fórmulas que propicien la igualdad e incidencia en las políticas de salud de manera sustantiva.
- Sistematizar y difundir experiencias de participación social y gestión de la satisfacción usuaria en las redes asistenciales y sus territorios con la finalidad de aportar a la gestión del conocimiento del tema.
- Contribuir a mejorar la satisfacción usuaria en el marco de los procesos de atención a través de estrategias de humanización de la atención y trabajo articulado de equipos técnicos responsables y la comunidad usuaria.



Esta Guía Metodológica busca servir de orientación y apoyo tanto para las definiciones estratégicas y líneas de acción como para el diseño, ejecución y evaluación de las diferentes acciones contenidas en el Plan Trienal que integre las líneas de trabajo asociadas al fortalecimiento, desarrollo y ampliación de los mecanismos e instancias de participación, procesos de humanización de la atención y gestión de la satisfacción usuaria.

### Marco de Referencia

La Participación Social es una de las funciones esenciales de la Salud Pública. Además de constituirse en un factor protector de la salud, constituye una herramienta de apoyo al logro de mejores resultados en salud, mejor gestión y calidad de la atención.

En este contexto, el surgimiento y desarrollo de organizaciones de la sociedad civil y de usuarios que buscan asegurar el derecho a la salud y promover normas y regulaciones que reconozcan la situación y las condiciones que afectan a su salud y a su calidad de vida, a través de diversas instancias de participación son una contribución a este propósito, dado que pueden constituirse en aliados estratégicos para avanzar en la consecución del objetivo compartido.

Como se señala en OPS (2020) ... “A través de distintos mecanismos e iniciativas sociales, estos grupos han asumido de forma gradual un papel más activo en la generación de procesos de transformación del sistema de salud que rompen el statu quo y promueven políticas con criterios de equidad y modelos basados en el principio del buen vivir (el concepto Sumak Kawsay de los pueblos originarios de América Latina) y del bien común”.

El sector salud ha ido incorporando distintas perspectivas para el desarrollo de acciones en favor de la salud de las personas. Como principios y enfoques rectores de la política de salud, se ha considerado relevante el enfoque de equidad, enfoque de género, interculturalidad, no discriminación, enfoque de derechos humanos de manera transversal. Esto ha permitido avanzar en procesos de participación más inclusivos y con mayor incidencia en la toma de decisiones.

En este sentido, incorporar la perspectiva de género en el ámbito de la salud, aplicada al trabajo y a la planificación de actividades variadas de participación, puede contribuir a visibilizar tanto a las organizaciones locales como a sus integrantes, recogiendo las temáticas que son prioritarias para ellas, entendiéndolas como una contribución al quehacer de modo tal que, se pone el foco en avanzar en temáticas que son de alta valoración por la comunidad local.

Las organizaciones de la diversidad sexual presentes en las distintas localidades vienen buscando progresivamente ser partícipes de iniciativas en salud que les afectan o interesan particularmente como colectivo, realizando acciones para vincularse con los distintos dispositivos de salud. Es relevante entonces, recoger también ese interés y esa motivación de participar, facilitando la incorporación de sus representantes a espacios ya existentes o a instancias que se creen para tal efecto.

En los territorios de los Servicios de Salud en donde haya población indígena organizada o no, es importante continuar el trabajo que se viene realizando hace años por los y las referentes de participación, a través de las distintas modalidades que han permitido reforzar la participación de quienes ya hacen parte de distintas instancias.

Un desafío para este periodo es la ampliación de la base de participación a otras personas que deseen incorporarse, puesto que contribuye a enriquecer el diálogo y la representatividad de temáticas y preocupaciones específicas en salud, con especial énfasis en relación con Grupos Históricamente Excluidos (GHE) de proceso participativos.

Así mismo, las prioridades sectoriales para el período se refieren a la Activación de la Red Asistencial, Gestión de Listas de Espera, Cáncer Adulto e Infante - Juvenil, Salud Mental y dentro de los grupos prioritarios; Niños, Niñas y Adolescentes (NNA).

### Plan Trienal de Participación Social y Gestión de satisfacción usuaria en la Red Asistencial.

El Plan Trienal de Participación social y gestión de satisfacción usuaria es un “conjunto de actividades ordenadas de manera secuencial que responde a fines y objetivos de desarrollo y fortalecimiento de la participación ciudadana en 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 de determinantes sociales de la salud” (MINSAL, 2023)<sup>42</sup>

De acuerdo con los Objetivos específicos señalados en la Introducción, el Plan Trienal de Participación social y gestión de satisfacción usuaria, podrá tener distintos componentes como los siguientes:

- Conformación e institucionalización de instancias de participación de acuerdo con el Instructivo Presidencial<sup>43</sup>, a la Norma

<sup>42</sup> La descripción detallada del compromiso de gestión, sus objetivos e indicadores, medios de verificación, está contenida en el Documento Instrumento de Evaluación de los Compromisos de Gestión 2023

<sup>43</sup> El Instructivo Presidencial N°007 del 18 de agosto de 2022 busca apoyar el Fortalecimiento de la Participación Ciudadana en la Gestión Pública.



General N°31 de Participación en Salud<sup>44</sup>, a las prioridades de la política sectorial

- Generación de espacios de formación para el desarrollo de competencias de equipos de salud y representantes de las comunidades locales.
- Acceso a información pertinente para la incidencia en las políticas de salud orientadas al logro de objetivos sanitarios, de satisfacción usuaria, de gestión y de aplicación de modelos de atención centrados en las personas.
- Sistematización y difusión de experiencias de participación social y gestión de la satisfacción usuaria en la gestión pública de salud.

Lo anterior, requiere de la actualización del diagnóstico de situación de la participación social elaborado durante el año 2023 y la elaboración de un levantamiento de información acerca de la satisfacción usuaria en los territorios. Se espera que tanto la actualización del diagnóstico como el levantamiento de información se realice con participación de las y los referentes locales de participación y de las/os integrantes de las distintas instancias de carácter representativo y complementariamente con la participación de actores locales en coherencia con los enfoques señalados en el párrafo anterior.

Para este año 2024, se solicita la elaboración del Plan Trienal 2024-2026, con la consiguiente planificación de acciones a realizar durante el 2024. Para efectos de la evaluación del Compromiso de Gestión (COMGES N°18), las actividades participativas y de gestión de la satisfacción usuaria realizadas durante la revisión y actualización del diagnóstico de situación territorial, serán consideradas como componentes de la Planificación de acciones 2024, por lo tanto, reportables en el primer corte de monitoreo y evaluación.

A su vez, cada componente señalado, puede contemplar la realización de diferentes acciones que incluyan tanto mecanismos e instancias de participación como de satisfacción usuaria. Estas pueden considerar el desarrollo de diversas acciones como las sugeridas en el anexo 1.

Las actividades señaladas, pueden realizarse de manera virtual, presencial o híbrida considerando recursos disponibles, condiciones de conectividad, ruralidad, inclusión de GHE, entre otras.

### **Conformación, institucionalización y fortalecimiento de instancias de participación**

Uno de los mecanismos de participación ciudadana en salud que ha tenido mayor continuidad se refiere a la conformación de instancias de carácter representativo de organizaciones locales vinculadas a la salud. Desde la década del 90 con el desarrollo de los Sistemas Locales de Salud - SILOS, táctica operativa fundamental de la estrategia de atención primaria, y que sitúa a la participación como uno de sus ejes principales, se han ido conformando a lo largo de la red asistencial, mecanismos e instancias que han permitido recoger la opinión de la población usuaria y comunidades locales para una mayor y mejor satisfacción de sus necesidades y expectativas con perspectiva territorial. En Chile, dio origen a la conformación de Comités de Salud Local (o Comités Locales de Salud).

Durante la implementación del Programa de Modernización del Estado (1994), se instalan como mecanismos de control social sobre la gestión pública y participación de la población usuaria en el desarrollo institucional, los Consejos de Desarrollo Hospitalario, que luego, van tomando la denominación de Consejos de Desarrollo Local (CDL) en hospitales de menor complejidad y establecimientos de Atención Primaria (MINSAL, 2006. p 17).

Por su parte, la Ley N°19.666 que crea el Régimen de Garantías de Salud (GES), genera un sistema de reclamación por incumplimiento de garantías que se instala en las OIRS, instancia de participación y protección de derechos en salud que se convierte en una herramienta de apoyo a la gestión de calidad y satisfacción usuaria a través de la creación de comités de gestión de solicitudes ciudadanas y comités de gestión de la satisfacción usuaria.

La Ley N°19.937 de Autoridad Sanitaria crea, además, los Consejos Asesores de las Secretarías Regionales Ministeriales, el Consejo de Integración de la Red Asistencial y los Consejos Consultivos de Usuarios en los Establecimientos Autogestionados en Red (EAR).

La coexistencia de estas instancias ha respondido a períodos e inflexiones de la política de salud en relación con la participación social y comunitaria. Distinto es el caso de los Consejos de la Sociedad Civil (COSOC), generados en el marco de la implementación de la Ley N°20.500 que establece de forma expresa, el derecho a la participación ciudadana y que exige de los Ministerios y Servicios Públicos, la creación de instancias formales de participación de carácter consultivo.

La consideración de estos antecedentes, expresados en los contenidos del Instructivo Presidencial, en la Norma General de Participación en la Gestión Pública de Salud, y, en las prioridades de la política sectorial, sustenta el desarrollo de acciones que permitan fortalecer las instancias ya existentes conservando su valor identitario, el origen y proceso histórico de su conformación, evitando crear instancias de carácter paralelo que generen contradicciones o tensiones innecesarias que puedan perjudicar el proceso participativo.

<sup>44</sup> La Norma General de Participación Ciudadana en la Gestión Pública de Salud fue aprobada mediante Resolución el 19 de enero de 2015 y permite aplicar el Instructivo Presidencial en el sector salud.



Respecto de lo anterior, si existen instancias en funcionamiento como Consejos Consultivos o Consejos de Desarrollo, se espera ampliar la base de participación y representación de estas instancias y su conformación, en caso de no existir o no estar en funcionamiento. Los COSOC, por su parte, solo tienen presencia en los Servicios de Salud, en tanto son organismos públicos afectos a la Ley N°20.500.

Para ello, se recomienda realizar un catastro de organizaciones o mapa de actores basados en los criterios de diversidad e inclusión ya descritos anteriormente. También es recomendable generar canales de comunicación entre las distintas instancias creadas o existentes que tienen vinculación con temáticas y grupos sociales específicos. Tal es el caso de los Consejos Consultivos de Jóvenes, redes o agrupaciones de personas con discapacidad, Comités Interreligiosos, Agrupaciones de Pacientes, grupos u organizaciones de migrantes, organizaciones de Pueblos Originarios, organizaciones de la diversidad sexual, entre otras, que pueden estar representadas en los Consejos Consultivos, CDL, COSOC respectivamente dependiendo de su ámbito de acción y de la realidad local.

Al respecto, se recomienda generar procesos de diálogo previo con las organizaciones, de manera de permitir una designación o elección interna por parte de las organizaciones o grupos organizados que otorgue legitimidad a su representación.

Si bien, cada instancia ha fijado sus ámbitos de competencia y alcances de la participación, es importante favorecer la mayor injerencia en el ciclo de las políticas públicas desde los diagnósticos participativos, planificación participativa, evaluación y sistematización de experiencias. Integrantes de las mencionadas instancias, pueden ser convocados y convocadas a espacios de preparación, presentación, evaluación y retroalimentación de las cuentas públicas participativas, diálogos y consultas ciudadanas, entre otras, promoviendo, a su vez, una participación más sustantiva a través de instancias de devolución de resultados obtenidos producto de la implementación de diferentes mecanismos e instrumentos de participación.

Entre los mecanismos e instrumentos que facilitan la participación de representantes de las comunidades locales y sociedad civil en general están las cuentas públicas, conversatorios, cabildos, talleres, jornadas de reflexión, parlamentos infantiles y juveniles, seminarios, asambleas, ferias, operativos, aplicación y devolución de resultados de encuestas de satisfacción usuaria, análisis de información sobre quejas, reclamos y sugerencias generada por las OIRS, implementación de iniciativas de humanización de la atención, presentación, difusión y seguimiento de proyectos de inversión, presupuestos participativos, entre otros.

Dentro de las instancias de participación, es necesario destacar a las Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias – OIRS, que integrando un Sistema Integral de Atención Ciudadana – SIAC, constituyen un primer acercamiento con el ejercicio del control social sobre la gestión pública y participación ciudadana en la protección de los derechos y garantías en salud. Es importante desarrollar acciones que vinculen el ejercicio de las OIRS con otras instancias de participación como son los comités de gestión de reclamos o comités de gestión usuaria que permiten mejorar procesos de gestión y de atención a partir del análisis de la información proporcionada por estas instancias.

Cada una de estas acciones pueden estar contenidas en el Plan Trienal y su Planificación 2024 y ser reportables en cada uno de los cortes de seguimiento y monitoreo del COMGES 18, y se constituyen por tanto en alternativas disponibles a implementar en una variedad de instancias participativas posibles.

La satisfacción usuaria constituye un objetivo de resultado y a la vez, una evaluación de los procesos que conducen al logro de los resultados en salud. Es la valoración de la entrega de servicios y su medición aporta un diagnóstico de los problemas de calidad de la atención y de la gestión visualizados por la población usuaria, el que complementa el diagnóstico técnico y permite generar planes de mejora continua con relación a la provisión de servicios y funcionamiento de la red asistencial.

### **Generación de espacios de formación para el desarrollo de competencias y habilidades de equipos de salud y representantes de comunidades locales y de las organizaciones de la sociedad civil.**

El logro de objetivos relacionados con este componente requiere de la coordinación permanente con Encargados de Capacitación de los Servicios de Salud, Hospitales y Atención Primaria Municipal. Desde hace varios años, la promoción de la participación, el uso de metodologías participativas, la planificación local participativa, educación en salud, aplicación de la Ley de Derechos y Deberes de las Personas en Atención de Salud<sup>45</sup>, humanización de la atención, gestión de la satisfacción usuaria, promoción de la salud, enfoques de derechos, género, interculturalidad y salud familiar, entre otras temáticas afines, han formado parte de las prioridades de capacitación y formación continua de los equipos de salud.

El desarrollo de competencias y habilidades requiere de procesos de enseñanza - aprendizaje basados en educación de adultos y aprender haciendo, metodologías de educación popular en salud, entre otras estrategias pedagógicas y formativas centradas en la capacidad y conocimientos propios de los “educandos”. Se recomienda incidir en la formulación y definición de criterios de selección de oferentes que puedan contar con conocimientos teórico-metodológicos pertinentes con estas definiciones. Lo anterior, puede estar reforzado a través de convenios y acuerdos de colaboración con entidades académicas del ámbito local o nacional.

<sup>45</sup> Ley N°20.584: “Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud”. Disponible en: <https://www.bcn.cl/Leychile/navegar?idNorma=1039348>



Otras formas de gestión participativa del conocimiento recomendadas, pueden referirse a la conformación de grupos de trabajo en temáticas específicas, conformación y desarrollo de comunidades de aprendizaje, sistematización de experiencias, bibliotecas virtuales, pasantías e intercambios entre equipos de salud de los diferentes establecimientos, Servicios de Salud, regiones y comunas, publicaciones de experiencias, seminarios de intercambio de experiencias, entre otras acciones que faciliten la participación y aprendizaje conjunto, tanto de equipos de salud como representantes de las comunidades locales.

Al igual que las acciones anteriores, estas iniciativas de carácter participativo, pueden formar parte de la Planificación 2024 del Plan Trienal y ser reportables en cada uno de los cortes de seguimiento y monitoreo del COMGES 18.

### **Acceso a información pertinente para la incidencia en las políticas**

La alianza entre equipos y referentes de participación social y gestión de satisfacción usuaria con referentes de comunicaciones a lo largo de la Red de Servicios de Salud y establecimientos de la red asistencial constituye un pilar importante en la difusión de información relevante que facilite la habilitación para el ejercicio de una mayor incidencia en el diagnóstico de situación en salud, el diseño, planificación, implementación evaluación y retroalimentación de las políticas de salud. Lo anterior, considerando las características tanto culturales como sociales, geográficas, acceso a medios de comunicación y tecnológicos, recursos disponibles, entre otros criterios de definición local.

A nivel regional, comunal y local, existen canales y medios de comunicación que pueden estar disponibles para acciones de difusión e intercambio de información en relación con temas de interés de las comunidades. Se recomienda levantar un catastro o mapa de medios de comunicación como radios comunitarias, prensa local, medios de comunicación del intersector como portales, redes sociales (Facebook, Instagram, entre otras), canales de televisión abierta y cerrada, boletines, otras piezas comunicacionales como volantes, afiches, entre otros, que pueden servir de instrumentos de apoyo a consultas ciudadanas, campañas comunicacionales, diálogos participativos, difusión de resultados de iniciativas locales en favor de la salud, entre otros mecanismos.

Acciones como las ya mencionadas y otras, producto de la coordinación intersectorial como actividades con fines de información, campañas comunicacionales, ferias, operativos de salud y programas sociales, pueden formar parte de la Planificación 2024 del Plan Trienal y ser reportables en cada uno de los cortes de seguimiento y monitoreo del COMGES 18.

En relación con el acceso a la información, es importante recordar que desde la promulgación de la Ley N°20.285, el acceso a la información pública se ha consagrado como un derecho ciudadano y en este contexto, se han venido realizando Cuentas Públicas Participativas en los establecimientos de la Red Asistencial y en los Servicios de Salud del país. Durante la fase de preparación de las Cuentas Públicas, es posible realizar consultas ciudadanas, talleres de definición de prioridades, contenidos y formatos en conjunto con representantes de la comunidad usuaria, como también, en la fase de evaluación de la cuenta, es posible realizar consultas y diálogos ciudadanos de manera de incidir en la definición de nuevos compromisos para el próximo período. Todas estas acciones, incluida la Cuenta Pública participativa serán reportables en el primer corte del COMGES 18.

Es importante recordar que, para las distintas formas y canales de comunicación y difusión de información, es necesario utilizar un lenguaje comprensible, claro, inclusivo, tener presente los derechos de las personas, evitando utilizar fotografías, datos sensibles sin autorización previa de quienes puedan verse afectados o afectadas. Utilizar un lenguaje libre de sexismo, libre de discriminación y estigmatización de cualquier tipo u origen, que permita el respeto de las diversidades, distintas culturas, distintos grupos sociales.

Un rol importante en este sentido es asumido por las OIRS, las que contribuyen a difundir y comunicar a la población usuaria acerca de funcionamiento del sistema de atención, campañas sanitarias, resultado de distintas iniciativas en favor de la población usuaria, entre otras temáticas de interés local.

### **Sistematización y difusión de experiencias de participación social y gestión de satisfacción usuaria en la gestión pública de salud.**

Una forma de gestionar y generar conocimiento en participación social y gestión de la satisfacción usuaria refiere a la sistematización de experiencias con fines de intercambio y posible replicabilidad en diferentes contextos.

La sistematización de experiencias surge de una propuesta pedagógica basada en la valoración de la experiencia y saberes de los “educandos” con fines de análisis crítico y transformación de la realidad. En el campo del trabajo comunitario y la participación social, el concepto de sistematización se utiliza en un sentido más amplio que lo referido a datos o informaciones que se recogen y ordenan. Se considera una herramienta y un proceso que permite, obtener aprendizajes críticos de nuestras experiencias. Por eso, se habla de “sistematización de experiencias”.

Las experiencias participativas son esencialmente procesos sociales, por lo tanto, son procesos complejos en los que intervienen distintos factores tanto objetivos como subjetivos en interrelación (Jara, s/f). Entre ellos podemos destacar siguiendo a Jara (2017): condiciones de contexto o del momento histórico en que se desenvuelven; condiciones que las pueden facilitar; acciones deliberadas para el logro de los objetivos, o como respuesta a situaciones que las desencadenan; reacciones que se generan a partir de dichas acciones; resultados esperados o emergentes; percepciones, interpretaciones,



intuiciones, emociones de las personas que intervienen, así como sus relaciones.

Se pueden desarrollar acciones que estén orientadas a la evaluación y análisis crítico de las experiencias participativas con fines de obtener aprendizajes sobre las metodologías utilizadas, condiciones que facilitaron u obstaculizaron dichas experiencias, formas de participación, rol de los actores participantes, relación entre actores sociales, técnicos y autoridades locales, negociaciones y alianzas, conflictos, liderazgos, principales resultados esperados y no esperados, proyecciones e impacto en los procesos participativos a nivel individual y colectivo entre otras preguntas y reflexiones a partir de lo realizado. Es indispensable que en la sistematización participen quienes fueron parte de la experiencia, dado que este es un proceso eminentemente participativo.

Para la realización de la sistematización de experiencias, se recomienda realizar talleres que faciliten el diálogo horizontal y participativo a partir de preguntas claves que detonan la discusión. Se recomienda partir por la construcción de una línea de tiempo o reconstrucción histórica de la experiencia que permita identificar hitos relevantes, así como el análisis crítico de las distintas fases del proceso.

El resultado de la sistematización puede contribuir a identificar factores y condiciones que permitan su continuidad, replicabilidad en otros contextos sociales, temporales, culturales, a la vez que contribuye a mejorar las condiciones para su desarrollo.

Las actividades contempladas en el proceso de sistematización forman parte de la Planificación 2024 del Plan Trienal y son reportables en el segundo corte de seguimiento y monitoreo del COMGES 18.

## BIBLIOGRAFÍA

“Los Sistemas Locales de Salud: Desafíos para la década de los noventa”. José M. Paganíni y Adolfo H. Chozny. (1990) Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/16697/v109n%285-6%29p424.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Jara Holliday, Oscar: “Orientaciones teórico-prácticas para la sistematización de experiencias”. [https://centroderecursos.alboan.org/ebooks/0000/0788/6\\_JAR\\_ORI.pdf](https://centroderecursos.alboan.org/ebooks/0000/0788/6_JAR_ORI.pdf)

Jara Holliday, Oscar: “La sistematización de experiencias: práctica y teoría para otros mundos posibles”. – 1ed. Bogotá: Centro Internacional de Educación y Desarrollo Humano - CINDE, 2018. <https://cepalforja.org/sistem/bvirtual/wp-content/uploads/2019/09/La-Sistematizaci%C3%B3n-de-Experiencias-pr%C3%A1ctica-y-teor%C3%ADa-para-otros-mundos-posibles.pdf>

“Las Funciones Esenciales de la Salud Pública en las Américas una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción”. OPS (2020). Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53125>

“Innovaciones en la gestión participativa de la salud: lecciones y aprendizaje 2006”. Margarita Fernández, Compiladora. Chile. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Unidad de Participación Social. 2006. Disponible en biblioteca MINSAL <http://www.bibliotecaMINSAL.cl/wp/wp-content/uploads/2011/09/Octubre-a-Diciembre-2008.pdf>

MINSAL, ,2023. “Instrumento de Evaluación de los Compromisos de Gestión 2023”

“Voz, agencia, empoderamiento - Manual sobre la participación social para la cobertura sanitaria universal”. OPS (2022) Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/364214/9789240061088-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>



Ministerio de  
Salud

Gobierno de Chile



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





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

## 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 2024

- 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	<b>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.</b>
Fórmula de cálculo	(Monto del gasto ejecutado (devengado) en proyectos de inversión en el Servicio de Salud, del plan de inversiones establecido en el plan de gobierno en el periodo t / Monto inversión decretada para el periodo t) x 100
Fuente de datos	1. Numerador: monto devengado informado por el Servicio de Salud el cual es contrastado con información incorporada en SIGFE. 2. Denominador: Montos Decretados (Decretos).

I Corte (enero – junio)		
Número acción	1	
Descripción acción	<p>Envío de Informe Financiero que contenga:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pantallazos SIGFE con movimiento efectivo del mes y el acumulado a la fecha relativo a Subtítulo 29 (circular 33) donde aparezca monto devengado y también monto pagado, además deberá remitir planilla Excel respectiva detallando nombre del proyecto, monto decretado y monto devengado.</li> <li>- Pantallazos SIGFE con movimiento efectivo del mes y el acumulado a la fecha relativo a Subtítulos: 31, donde aparezca monto devengado y monto pagado, el cual debe estar abierto por proyecto de inversión e ítem (Gastos Administrativos, Consultorías, Terrenos, Obras Civiles, Equipamiento, Equipos, Vehículos, Otros Gastos).</li> <li>- Reporte de Asignación Presupuestaria en formato PDF por cada proyecto de inversión, extraído del Banco Integrado de Proyectos.</li> <li>- Planilla reporte de seguimiento y control etapas finales (formato que se adjunta).</li> </ul>	
Medios de verificación	i. Informe financiero que contenga pantallazo SIGFE y Reporte de Banco Integrado de Proyectos.	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	X = 100,0%	100,0%
	X < 100,0%	0,0%



Número acción	<b>2</b>	
Descripción acción	Cumplir con el <b>15,0%</b> de ejecución financiera de proyectos de inversión del plan de inversiones establecido en el plan de gobierno, respecto de lo decretado para el periodo.	
Medios de verificación	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	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	<b>X ≥ 15,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 15,0%</b>	<b>(100/15) x ejecución acumulada; 100,0%</b>

<b>II Corte (enero – diciembre)</b>		
Número acción	<b>3</b>	
Descripción acción	Envío de Informe Financiero que contenga: – 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 Subtítulo 32 y planilla Excel respectiva detallando nombre del proyecto, monto decretado y monto devengado (abierto por subtítulo 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	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	<b>X = 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 100,0%</b>	<b>0,0%</b>

Número acción	<b>4</b>	
Descripción acción	Cumplir con el <b>90,0%</b> de ejecución financiera de proyectos de inversión del plan de inversiones establecido en el plan de gobierno, respecto de lo decretado para el periodo.	
Medios de verificación	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	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	<b>X ≥ 90,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>X &lt; 90,0%</b>	<b>(100/90) x ejecución acumulada; 100,0%</b>



## 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:

- 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.
- 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).
- 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).

*\*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 los establecimientos que tengan 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, contexto que se presenta en los sistemas de salud, en los que, por lo tanto, el uso apropiado y eficiente de los recursos adquiere gran relevancia.

En el sector público de salud de Chile se ha avanzado en obtener información de costos mediante la implementación de sistemas que permiten el registro de los datos de los gastos asociados a las atenciones de salud. Dentro de los sistemas que han sido utilizados se encuentran los sistemas de costos de la Organización Panamericana de la Salud “OPS” WinSig y PERC. A partir del año 2021 el Ministerio de Salud “MINSAL”, crea su propio sistema de costos denominado SIGCOM, desde el cual actualmente se puede monitorear la información de costos asociados a la atención de los Hospitales que tienen implementado el sistema. El sistema SIGCOM permite hacer gestión basada en costos y, además, realizar cruces con otras fuentes de información, como GRD, lo que permite la elaboración de análisis de tipo clínico - financieros.

En el presente, el sistema de costos SIGCOM se encuentra implementado a nivel hospitalario en la mayor parte de los establecimientos de mediana y alta complejidad, por lo que el desafío a mediano plazo es cubrir la red hospitalaria en su totalidad.

## 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 con gastos y cálculo de costos que entrega el sistema SIGCOM una vez que el establecimiento carga los 5 archivos requeridos.



- **Validación de reporte:** corresponde a la aprobación de oportunidad y calidad que otorga MINSAL, luego de revisar reporte cubo 9 del mes correspondiente.
- **Gastos:** se obtienen del Cubo 9, reporte alimentado por la información subida por cada establecimiento.
- **REM:** resúmenes estadísticos mensuales.

## 5. Nombres de indicadores

- **20.1** Porcentaje de establecimientos con reportes cubo 9 del sistema de costos SIGCOM validados, respecto del total establecimientos hospitalarios del Servicio de Salud con sistema SIGCOM implementado a diciembre del año 2023.
- **20.2** Porcentaje de establecimientos con SIGCOM implementado, respecto del total de establecimientos definidos para el Servicio de Salud y que no tenían este sistema a diciembre 2023.

## 6. Metas nacionales año 2024

- Alcanzar un **100,0%** de establecimientos, con Sistema de Costos SIGCOM implementado a diciembre 2023, con reportes cubo 9 de SIGCOM validados (es decir 12 reportes, uno mensual).
- Implementar SIGCOM en el **100,0%** de los establecimientos definidos por cada Servicio de Salud, en base a aquellos que no tenían implementado este sistema a diciembre 2023.

## 7. Ficha general de indicadores

Nombre del indicador	<b>20.1 Porcentaje de establecimientos con reportes cubo 9 del sistema de costos SIGCOM validados, respecto del total establecimientos hospitalarios del Servicio de Salud con sistema SIGCOM implementado a diciembre del año 2023.</b>
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{(Número de establecimientos con reportes cubo 9 validados en SIGCOM en el periodo)}}{\text{(Total establecimientos hospitalarios del Servicio de Salud con sistema SIGCOM implementado a diciembre año 2023)}} \times 100$ <p>Nota: I corte: 6 meses de reportes validados correspondiente al período enero – junio. II corte: 6 meses de reportes validados correspondiente al período julio – diciembre.</p>
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	Cumplir con el <b>100,0%</b> 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.	
Cálculo del cumplimiento	Resultado obtenido	Porcentaje de cumplimiento asignado
	<b>X ≥ 100,0%</b>	<b>100,0%</b>
	<b>95,0% ≤ X &lt; 100,0%</b>	<b>75,0%</b>
	<b>90,0% ≤ X &lt; 95,0%</b>	<b>50,0%</b>
	<b>85,0% ≤ X &lt; 90,0%</b>	<b>25,0%</b>
	<b>X &lt; 85,0%</b>	<b>0,0%</b>



II Corte (julio-diciembre)													
Número acción	2												
Descripción acción	Cumplir con el <b>100,0%</b> 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.												
Cálculo del cumplimiento	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Resultado obtenido</th> <th>Porcentaje de cumplimiento asignado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><math>X \geq 100,0\%</math></td> <td>100,0%</td> </tr> <tr> <td><math>95,0\% \leq X &lt; 100,0\%</math></td> <td>75,0%</td> </tr> <tr> <td><math>90,0\% \leq X &lt; 95,0\%</math></td> <td>50,0%</td> </tr> <tr> <td><math>85,0\% \leq X &lt; 90,0\%</math></td> <td>25,0%</td> </tr> <tr> <td><math>X &lt; 85,0\%</math></td> <td>0,0%</td> </tr> </tbody> </table>	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%
	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	<b>20.2 Porcentaje de establecimientos con SIGCOM implementado, respecto del total de establecimientos definidos para el Servicio de Salud y que no tenían este sistema a diciembre 2023.</b>
Fórmula de cálculo	<p><b>I corte:</b>            (Número de establecimientos, en proceso de implementación de SIGCOM, con completitud de actividades requeridas) / (Número de establecimientos hospitalarios asignados al Servicio de Salud para implementar SIGCOM y que no contaban con SIGCOM a diciembre 2023) x 100</p> <p><b>II corte:</b>            (Número de establecimientos que implementan SIGCOM en el año 2024) / (Número de establecimientos hospitalarios asignados al Servicio de Salud para implementar SIGCOM y que no contaban con SIGCOM a diciembre 2023) x 100</p> <p>Nota: Se entiende por "establecimientos validados en SIGCOM" aquellos con:            Últimos 3 reportes del período (octubre, noviembre y diciembre) validado</p>
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	Actividades por realizar: Envío datos referentes de Servicio de salud y Establecimiento a implementar al 01 de abril 2024 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 de acuerdo con calendario que establecerá MINSAL a sistemadecostos@MINSAL.cl Participar de la capacitación de acuerdo con calendario que establecerá MINSAL.								
Medios de Verificación	i. Certificado emitido 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><math>X = 100,0\%</math></td> <td>100,0%</td> </tr> <tr> <td><math>50,0\% \leq X &lt; 100,0\%</math></td> <td>50,0%</td> </tr> <tr> <td><math>X &lt; 50,0\%</math></td> <td>0,0%</td> </tr> </tbody> </table>	Resultado obtenido	Porcentaje de cumplimiento asignado	$X = 100,0\%$	100,0%	$50,0\% \leq X < 100,0\%$	50,0%	$X < 50,0\%$	0,0%
	Resultado obtenido	Porcentaje de cumplimiento asignado							
	$X = 100,0\%$	100,0%							
	$50,0\% \leq X < 100,0\%$	50,0%							
$X < 50,0\%$	0,0%								



II Corte (julio -diciembre)									
Número acción	2								
Descripción acción	Cumplimiento del 100% de establecimientos validados en sistema de costos SIGCOM del Servicio de Salud, de acuerdo con la meta establecida.								
Medios de verificación	i. Correos y Acta enviado mensualmente por el equipo SIGCOM 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>50,0% ≤ X &lt; 100,0%</td> <td>50,0%</td> </tr> <tr> <td>X &lt; 50,0%</td> <td>0,0%</td> </tr> </tbody> </table>	Resultado obtenido	Porcentaje de cumplimiento asignado	X = 100,0%	100,0%	50,0% ≤ X < 100,0%	50,0%	X < 50,0%	0,0%
	Resultado obtenido	Porcentaje de cumplimiento asignado							
	X = 100,0%	100,0%							
50,0% ≤ X < 100,0%	50,0%								
X < 50,0%	0,0%								

## 8. Consideraciones técnicas

La validación de los reportes (Cubo9) se determinarán por el cumplimiento de Oportunidad y Calidad de éste, de acuerdo con la siguiente fórmula;

$$(((\text{Puntaje de oportunidad por reporte sistema de costos}) \times 0,2) + ((\text{Puntaje de calidad por reporte sistema de costos}) \times 0,8)) / (\text{Total de puntaje que aplica para el período de evaluación}) \times 100.$$

Donde oportunidad corresponde al 20%

Día de atraso en la entrega del reporte según calendario entregado precedentemente	Puntos	Observación
0 días hábiles	4	*Las fechas de entrega podrán eventualmente ser modificadas por el equipo MINSAL. Si fuese el caso, el equipo MINSAL informará oportunamente vía correo al referente que el establecimiento tiene designado y será responsabilidad del referente del establecimiento, informar internamente el cambio. <b>En caso de tener que corregir un reporte, el establecimiento contará con 2 días hábiles para realizar la corrección sin que ello implique descuento de puntaje por Oportunidad.</b>
1 día hábil	3	
2 días hábiles	2	
3 días hábiles	1	
4 o más días hábiles	0	

Y calidad corresponde al 80%

Cantidad de correcciones por calidad en el reporte entregado según calendario ya indicado	Puntos
≥ 4	0
3	1
2	2
1	3
0	4

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	28 de marzo
Febrero	28 de marzo



Marzo	30 de abril
Abril	31 de mayo
Mayo	28 de junio
Junio	31 de julio
Julio	30 de agosto
Agosto	30 de septiembre
Septiembre	30 de octubre
Octubre	29 de noviembre
Noviembre	31 de diciembre
Diciembre	03 de febrero 2025

- 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:
  - o Todos los centros de costo (CC) que tengan gastos, también deben presentar producción imputada (salvo Administración y Abastecimiento).
  - o 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.
  - o Las producciones ingresadas a SIGCOM deben corresponder a las reportadas por REM y no deben tener una diferencia mayor a un 5%.
  - o 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).
  - o 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).
  - o 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.
  - o 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.
  - o 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.
  - o 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.
  - o 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.
  - o En las Consultas de Especialidad se deben considerar los Totales del REM 7, las consultas por compras de servicio.



- 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.
- Debe haber una cuadratura entre el Costo Directo y el Total de Costos de los centros de costos finales.
- 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](mailto:sistemadecostos@MINSAL.cl)



Ministerio de  
Salud

Gobierno de Chile



**COMPROMISO DE GESTIÓN N°21  
FORTALECIMIENTO DE LA SALUD DE LA  
MUJER**



<b>Ámbito RISS:</b>	Modelo Asistencial – Organización y Gestión.
<b>Atributo:</b>	2. Una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, gestión de enfermedades, y cuidados paliativos, y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los Servicios de Salud personales y los Servicios de salud pública. 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. 10. Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico.

## 1. Objetivo general

- Fortalecer la detección precoz de cáncer cérvico uterino en la atención primaria y en RISS.
- Favorecer la experiencia positiva del parto y nacimiento en la población, disminuyendo los riesgos asociados a la sobre medicalización de procesos obstétricos fisiológicos.
- Contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de las mujeres en etapas no reproductivas mediante intervenciones quirúrgicas oportunas para resolver problemas de salud relacionados con piso pélvico.

## 2. Objetivos específicos

- Desarrollar y dar cumplimiento a un plan de trabajo anual liderado por el Servicio de Salud, que permita mejorar cobertura de tamizaje para cáncer cervicouterino en APS.
- Disminuir la tasa de cesáreas que no tengan indicación médica justificada.
- Favorecer el parto por vía vaginal de manera fisiológica.
- Mejorar el acceso a intervenciones quirúrgicas en forma oportuna para solución de incontinencia urinaria femenina
- Disminuir tiempos de espera para intervenciones quirúrgicas de incontinencia urinaria femenina

## 3. Marco referencial

La población femenina en Chile se estima en 10.175.877 para este año 2024, según proyecciones INE, correspondiendo a más de la mitad de la población país, esto en conjunto a la transición demográfica hacia el envejecimiento poblacional, los procesos migratorios y los cambios epidemiológicos que esto conlleva representan nuevos desafíos sanitarios que permitan a las mujeres gozar de una mejor salud, tanto es su esfera reproductiva como en su etapa no reproductiva.

Según las estimaciones de GLOBOCAN para Chile al año 2020, el cáncer cervicouterino es el cuarto más frecuente en la población femenina, con una tasa de incidencia ajustada de 11,1 por cada 100.000 mujeres, estimándose en 1.503 casos nuevos anuales. En cuanto a mortalidad, constituye la séptima causa de muerte en mujeres chilenas, estimándose una tasa de mortalidad ajustada de 5,2 por cada 100.000 mujeres, lo que equivale a cerca de 800 decesos anuales. Las recomendaciones internacionales y el Programa Nacional de Cáncer Cervicouterino indican que lograr y mantener coberturas de PAP vigente, iguales o superiores al 80% en mujeres de 25 a 64 años, impacta en la reducción de la mortalidad por cáncer al cuello uterino. En los últimos años y agudizado por pandemia, se ha producido una reducción o estancamiento de los porcentajes de cobertura de este examen en la población objetivo, lo que se presume incrementa la detección tardía de esta enfermedad. Es importante precisar que esta cobertura viene descendiendo sostenidamente desde el año 2013 (63%), alcanza un 53% el año 2019 y 45% en 2022 (fuente REM, población inscrita validada FONASA).



Si el tamizaje para cáncer cervicouterino se realiza de manera efectiva (80% de mujeres con PAP vigente), se podría evitar el 75% de las muertes causadas por esta enfermedad. Actualmente la red de atención primaria cuenta con el tamizaje PAP y adicional a este examen, desde el año 2019, se inicia la implementación del test de determinación molecular de VPH en 13 Servicios de Salud: Arica, Antofagasta, Coquimbo, Metropolitanos (5 SS), Maule, Talcahuano, Araucanía Sur, Valdivia y Osorno, en articulación nivel primario y secundario de atención.

Desde el punto de vista de salud pública es relevante que los Servicios de Salud ejecuten un plan de trabajo anual con el objetivo de lograr un aumento real y mantenido en cobertura de tamizaje como determinante en los cambios que se pueden lograr en la incidencia y mortalidad por esta causa, de tal manera que permitan impactar en salud de la mujer. Este compromiso de gestión viene a contribuir al indicador de cobertura de cada establecimiento, comuna, servicio de salud y región, como también a la meta nacional, donde se espera lograr y mantener una cobertura de 80% de mujeres entre 25-64 años con PAP o Test de VPH Vigente.

Respecto a la salud obstétrica de las mujeres, la cesárea es un procedimiento que puede ser eficaz en disminuir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal cuando está justificada desde el punto de vista médico. Sin embargo, en ausencia de justificación, no están demostrados los beneficios para mujeres o neonatos, por lo que los riesgos a corto y largo plazo pueden afectar la salud de la mujer ante nuevos embarazos, incrementando, además, los costos en salud asociados.

Basado en los estudios propiciados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se concluye que, a nivel poblacional, las tasas de cesárea superiores al 10% no están asociadas con una reducción en las tasas de morbimortalidad materna y neonatal. Así también, se destaca que en lugar de centrar esfuerzos solo en alcanzar una tasa determinada de cesáreas, y considerando que esta intervención es eficaz para salvar la vida de madres y recién nacidos, los equipos deberían enfocarse en hacer lo posible para realizar cesáreas solo en aquellas mujeres que lo necesiten por razones médicas justificadas.

Por su parte, Chile durante sus últimos años, promedia un porcentaje histórico de cesáreas superior al 40%, indicador que lo posiciona entre los países con más altas tasas de cesáreas de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), presentando un 47% de cesáreas el año 2017, siendo solo superado por México (48,7%) y Turquía (53,1%)<sup>14</sup>. Si bien, según datos del Ministerio de Salud, para el año 2019 el porcentaje de cesáreas en la red asistencial pública fue 42,95%, aún se está lejos del promedio de la OCDE, el cual es cercano al 28%.

Los Servicios de Salud y establecimientos hospitalarios a través de los equipos de profesionales designados a esta materia, deben supervisar la existencia y facilitar la instalación de las siguientes medidas, con el propósito de alcanzar una meta nacional al 2028 no superior al 30% de los partos totales:

- Clasificar las cesáreas de acuerdo con criterios definidos por Guía Perinatal y el Modelo de Robson.
- Realizar medición estandarizada y vigilancia de los porcentajes de cesárea de acuerdo con las causas de indicación.
- Implementar medidas clínicas y administrativas que permitan contener la indicación y ejecución de cesáreas sin justificación médica.
- Implementar estrategias de mejora continua en los servicios de Obstetricia y Ginecología de acuerdo con análisis local, dando cumplimiento a las recomendaciones internacionales y nacionales contenidas en la Norma Técnica y Administrativa: Monitoreo y Vigilancia de la Indicación de cesárea, año 2021, MINSAL.



Por otra parte, si bien, la especialidad de ginecología y obstetricia cuenta con una extensa evidencia de impacto en el mejoramiento de la salud materna y perinatal en las últimas décadas, estos resultados se deben principalmente a estrategias que han tenido que ver con el ciclo de vida reproductiva de mujeres y personas con capacidad de gestar.

Sin embargo, con el cambio epidemiológico poblacional que vive Chile, que se refleja en el envejecimiento de la población, han quedado al descubierto necesidades de salud cada vez más prevalentes y que no han sido abordadas con el peso de Políticas Públicas, dentro de las cuales se encuentran las necesidades de salud durante el período de climaterio y la salud del piso pélvico, entre otros.

Los problemas de piso pélvico generan mayor carga de enfermedad, detrimento de la calidad de vida y problemas asociados a la salud mental e integración social y constituyen una necesidad muy sentida de la población que se ve afectada.

Los problemas de salud de piso pélvico deben tener un manejo integral, multiprofesional y que incluye fuertemente la rehabilitación. Aunque la solución integral no siempre o exclusivamente es la intervención quirúrgica, como una manera de propiciar la respuesta a este problema de salud mejorando el acceso y la oportunidad, se ha determinado monitorizar la lista de espera quirúrgica para los diagnósticos de incontinencia urinaria femenina por medio de la ejecución de 3 códigos MAI FONASA.

#### 4. Definiciones y terminología

- **PIV:** Población inscrita y validada de Fonasa. Corresponde a la cantidad de beneficiarios inscritos en el sistema público de salud y que es reportada por Fonasa, y que son cubiertos según tipo de dependencia.
- **Cobertura:** Corresponde al porcentaje de población que es cubierta por un determinado programa.
- **PAP:** Papanicolau o citología exfoliativa. Corresponde al estudio de celular del cuello uterino que, mediante análisis microscópico, permite evaluar alteraciones celulares que pudieran reflejar una patología.
- **APS:** Atención Primaria de salud que considera establecimientos dependientes del Servicio de Salud y municipios.
- **Porcentaje Global de cesáreas:** contempla la proporción total de cesáreas (electivas más de urgencia) respecto del total de partos, de los establecimientos de la red pública que poseen en su cartera de prestaciones la atención de partos (81 establecimientos hospitalarios), No se considerarán los establecimientos DFL 36 para efectos de este COMGES. ADJUNTAR LISTA
- **Total de partos:** incorpora todos los partos/nacimientos informados en el registro de egresos estadísticos incluyendo partos vaginales fisiológicos, instrumentales, cesáreas de urgencia y electivas de los establecimientos de la red pública que poseen en su cartera de prestaciones la atención de partos (81 establecimientos hospitalarios), No se considerarán los establecimientos DFL 36 para efectos de este COMGES.
- **Disfunciones de Piso Pélvico:** daño acumulado tanto en las estructuras de sostén como en los mecanismos que lo controlan
- **Incontinencia urinaria femenina:** pérdida involuntaria de orina sin control de llenado y vaciado de la vejiga urinaria, acompañado, en ocasiones, de un fuerte deseo de orinar.
- **Lista de Espera Quirúrgica de incontinencia urinaria femenina:** se definen para estos fines, los códigos FONASA-MAI (20-03-022, 20-03-023, 20-03-024) en registro SIGTE



## 5. Nombres de indicadores

**21.1** Porcentaje de cumplimiento de las acciones del plan de trabajo anual para aumentar cobertura de tamizaje para cáncer cervicouterino en establecimientos de APS municipales y dependientes de Servicio de Salud.

**21.2** Reducción del porcentaje global de cesárea por Servicio de Salud en relación la línea base.

**21.3** Porcentaje de reducción de casos en Lista de espera de Intervenciones quirúrgicas de incontinencia urinaria femenina.



## 6. Metas nacionales año 2024

- Lograr que los Servicios de Salud cumplan el **83,0%** de las acciones comprometidas en el plan de trabajo anual, para aumentar cobertura de tamizaje de cáncer cervicouterino, en establecimientos de APS municipales y dependientes de Servicios.
- Reducción del **15,0%** de la tasa anual de cesáreas, respecto a línea base, para todos aquellos Servicios de Salud que al cierre del año 2023 tengan una tasa igual o superior al 40,0% y para aquellos que tengan una tasa anual de cesáreas 2023 menor al 40,0%, la meta será una reducción anual del **10,0%** respecto a su línea base.
- Mantener un egreso de Lista de espera quirúrgica  $\geq$  **80,0%** con antigüedad al 30 de junio de 2023.

## 7. Ficha general de indicadores

Nombre del indicador	<b>21.1 Porcentaje de cumplimiento de las acciones del plan de trabajo anual para aumentar cobertura de tamizaje para cáncer cervicouterino en establecimientos de APS municipales y dependientes de Servicio de Salud.</b>
Fórmula de cálculo	(Número de acciones realizadas del plan de trabajo anual en el periodo/Número de acciones programadas del plan de trabajo anual en el período) x 100.
Fuente de datos	-Plan de trabajo anual firmado por el Director del Servicio de Salud, para aumentar cobertura de tamizaje para cáncer cervicouterino establecimientos de APS municipales y dependientes de Servicio de Salud, que contenga las seis acciones mínimas solicitadas. (Ver cuadro punto 8.-consideraciones técnicas) -Reporte de acciones ejecutadas al corte en formato digital.

I Corte (enero-junio)	
Número acción	1
Descripción acción	Cumplimiento de las acciones requeridas
Medios de verificación	-Plan de trabajo anual firmado por el Director del Servicio de Salud y que contenga acciones requeridas en esta orientación. (Ver punto 8 consideraciones técnicas) -Reporte de acciones ejecutadas del plan de trabajo anual, al corte en formato digital. (Dos de las seis acciones solicitadas que se hayan realizado al primer corte)
Cálculo del cumplimiento	<b>Cumple acciones planificadas</b>
	<b>X <math>\geq</math> 30,0%</b>
	<b>X &lt; 30,0%</b>
	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	<b>100,0%</b>
	<b>0,0%</b>

II Corte (enero - diciembre)	
Número acción	2
Descripción acción	Cumplimiento de las acciones requeridas
Medios de verificación	-Reporte de acciones ejecutadas del plan de trabajo anual, al corte en formato digital. -Se solicita que se cumplan cinco de las seis acciones requeridas en esta orientación (Ver punto 8 Consideraciones técnicas)
Cálculo del cumplimiento	<b>Cumple acciones planificadas</b>
	<b>X <math>\geq</math> 83,0%</b>
	<b>49,0% <math>\leq</math> X &lt; 83%</b>
	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	<b>100,0%</b>
	<b>50,0%</b>
	<b>0,0%</b>



Nombre del indicador	<b>21.2 Reducción del porcentaje global de cesárea por Servicio de Salud en relación la línea base.</b>
Fórmula de cálculo	$\frac{((\text{Porcentaje de cesáreas 2024} - \text{porcentaje de cesáreas 2023}) / \text{porcentaje de cesáreas 2023}) \times 100}{\text{Porcentaje de cesáreas: (Número total de cesáreas por cada Servicio de Salud en el periodo evaluado / Número total de partos por Servicio de Salud en el periodo evaluado) \times 100}}$
Fuente de datos	<p>REM, se utilizará como línea de base cierre anual 2023</p> <p>Se considerará la información del total de partos de los establecimientos de la red, que cuentan en su cartera de prestaciones la atención de partos independiente de la vía de resolución (los cuales corresponden a 81 establecimientos adjuntados en lista N°1)</p>

I Corte (enero-junio)			
Número acción	1		
Descripción acción	<p>Para Servicios de Salud con línea base (porcentaje año 2023) igual o mayores a 40,0% deben alcanzar un 7,5 % de disminución respecto a LB.</p> <p>-Para Servicios de Salud con línea base (porcentaje año 2023) menor a 40,0% deben alcanzar un 5,0 % de disminución respecto a LB.</p> <p>-Para aquellos Servicios de Salud que logren un resultado de porcentaje igual o bajo el 30,0% cumplirán el 100,0% en la evaluación COMGES.</p>		
Medios de verificación	i. Registro REM		
Cálculo del cumplimiento	Reducción respecto LB Para Servicios de Salud con LB 40% y más	Reducción respecto LB Para Servicios de Salud con LB menor a 40%	Porcentaje de cumplimiento asignado
	$X \geq 7,5\%$	$X \geq 5,0\%$	100,0%
	$5,0\% \leq X < 7,5\%$	$3,3\% \leq X < 5,0\%$	75,0%
	$2,5\% \leq X < 5,0\%$	$1,6\% \leq X < 3,3\%$	50,0%
	$0,0\% \leq X < 2,5\%$	$0,0\% \leq X < 1,6\%$	25,0%
	$X < 0,0\%$	$X < 0,0\%$	0,0%

II Corte (Enero - diciembre)			
Número acción	2		
Descripción acción	<p>-Para Servicios de Salud con línea base (porcentaje año 2023) igual o mayores a 40,0% deben alcanzar un 15,0% de disminución respecto a LB.</p> <p>-Para Servicios de Salud con línea base (porcentaje año 2023) menor a 40,0% deben alcanzar un 10,0% de disminución respecto a LB.</p> <p>-Para aquellos Servicios de Salud que logren un resultado de porcentaje igual o bajo el 30,0% cumplirán el 100,0% en la evaluación COMGES.</p>		
Medios de verificación	i. Registro REM		
Cálculo del cumplimiento	Reducción Para Servicios de Salud con LB 40% y más	Reducción Para Servicios de Salud con LB menor a 40%	Porcentaje de cumplimiento asignado
	$X \geq 15,0\%$	$X \geq 10,0\%$	100,0%
	$10,0\% \leq X < 15,0\%$	$6,0\% \leq X < 10,0\%$	75,0%
	$5,0\% \leq X < 10,0\%$	$3,0\% \leq X < 6,0\%$	50,0%
	$0,0\% \leq X < 5,0\%$	$0,0\% \leq X < 3,0\%$	25,0%
	$X < 0,0\%$	$X < 0,0\%$	0,0%

Nombre del indicador	<b>21.3 Porcentaje de reducción de casos en Lista de espera de Intervenciones quirúrgicas de incontinencia urinaria femenina.</b>
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{(Número de egresos de Lista de espera quirúrgica por incontinencia urinaria femenina con antigüedad al 30 de junio de 2023/ Número de pacientes de Lista de espera)}}{\text{Número de egresos de Lista de espera quirúrgica por incontinencia urinaria femenina con antigüedad al 30 de junio de 2023/ Número de pacientes de Lista de espera}}$



	quirúrgica por incontinencia urinaria femenina con antigüedad al 30 de junio de 2023) x 100
Fuente de datos	SIGTE

I Corte (enero-junio)		
Número acción	1	
Descripción acción	Egreso de Lista de espera quirúrgica ≥ 40,0% con antigüedad al 30 de junio de 2023	
Medios de verificación	i. SIGTE	
Cálculo del cumplimiento	Resultado obtenido	Porcentaje de cumplimiento asignado
	X ≥ 40,0%	100,0%
	35,0% ≤ X < 40,0%	75,0%
	30,0% ≤ X < 35,0%	50,0%
	25,0% ≤ X < 30,0%	25,0%
	X < 25,0%	0,0%

II Corte (enero - diciembre)		
Número acción	2	
Descripción acción	Egreso de Lista de espera quirúrgica ≥ 80,0% con antigüedad al 30 de junio de 2023	
Medios de verificación	i. SIGTE	
Cálculo del cumplimiento	Resultado obtenido	Porcentaje de cumplimiento asignado
	X ≥ 80,0%	100,0%
	75,0% ≤ X < 80,0%	75,0%
	70,0% ≤ X < 75,0%	50,0%
	65,0% ≤ X < 70,0%	25,0%
	X < 65,0%	0,0%

## 8. Consideraciones técnicas

### 21.1 Acciones requeridas en el plan de trabajo anual para aumentar cobertura de tamizaje para cáncer cervicouterino en establecimientos de APS municipales y dependientes de Servicio de Salud.

Objetivo	Acciones específicas	Medios de verificación*
Monitorear cobertura y productividad de exámenes de tamizajes en los establecimientos APS	1. Elaborar reporte trimestral y difundirlo a autoridades locales.	-Reporte trimestral -Correo electrónico o memo de difusión del monitoreo realizado trimestralmente, difundido a autoridades de establecimientos, comuna y Servicio de Salud
Monitorear las actividades de tamizaje desarrolladas en la red APS	1. Catastro de actividades de tamizaje en la red, ejemplo: campañas de PAP, uso de carro móvil de PAP, estrategias comunitarias, extensiones horarias y atención sábados.	-Reporte de actividades de tamizaje de la red al corte, según estado de ejecución (programadas y ejecutadas)
Coordinar acciones entre nivel primario, ambulatorio de especialidad y laboratorio de la red asistencial.	1. Reuniones semestral o anual entre nivel ambulatorio de especialidades, laboratorio y APS para coordinación en red, revisar nodos críticos respecto a oportunidad de atención y acciones de mejora (ejemplos de mejora: pasantías de matronas de APS en nivel secundario Unidad Patología Cervical, auditorías de cáncer cervicouterino invasivo)	-Actas de reunión con lista de asistentes, temas tratados y acuerdos comprometidos



Coordinar/participar en acciones con SEREMI regional para fortalecer el trabajo intersectorial	1. Reunión semestral o anual entre Servicio de Salud, Seremi y/o Directores de Salud Comunal.	-Actas de reunión con lista de asistentes temas tratados y acuerdos comprometidos en plan presentado
Implementar estrategias de comunicación social para la prevención de cáncer cervicouterino. y de difusión de actividades de tamizaje en establecimientos APS.	1. Plan de medios del Servicio de Salud difundido a las comunas (ejemplos: infografía en redes sociales, difusión de campaña “tu vida importa”, día de prevención del cáncer cervicouterino, etc.)	-Reporte abreviado del plan de medios con estado de ejecución
Fomentar el desarrollo de Iniciativas innovadoras para avanzar en cobertura territorial.	1.Mapeo de estrategias innovadoras en diseño o ejecutadas en su SS o red asistencial. Es necesario que el Servicio de Salud y su red puedan generar, promover, impulsar o colaborar en diversas iniciativas que ya tienen desarrollo en la red, por ejemplo: georreferenciación, contactabilidad, auto toma de VPH, colaboraciones público-privadas, docente-asistencial, con gobierno regional, etc.	<b>Reporte de mapeo de estrategias innovadoras con estado de ejecución. Si el Servicio de Salud, no cuenta con estrategias en diseño o en ejecución, esto no afectará la evaluación al corte.</b>

\*Los verificadores se deberán entregar consolidados en un reporte de medios de verificación al corte, asociado a la planilla de plan de trabajo

**21.2 Listado de establecimientos evaluados.**

<b>15a Región Arica y Parinacota</b>	<b>1 S.S. Arica</b>
	1 Hospital de Arica
<b>1a Región de Tarapacá</b>	<b>2 S.S. Iquique</b>
	2 Hospital Ernesto Torres de Iquique
	3 Hospital de Alto Hospicio
<b>2a Región de Antofagasta</b>	<b>3 S.S. Antofagasta</b>
	4 Hospital de Antofagasta
	5 Hospital de Tocopilla
	6 Hospital de Calama
<b>3a Región de Atacama</b>	<b>4 S.S. Atacama</b>
	7 Hospital de Copiapó
	8 Hospital de Vallenar
<b>4a Región de Coquimbo</b>	<b>5 S.S. Coquimbo</b>
	9 Hospital de Coquimbo
	10 Hospital de la Serena
	11 Hospital de Illapel
	12 Hospital de Ovalle
<b>5a Región de Valparaíso</b>	<b>6 S.S. Aconcagua</b>
	13 Hospital San Camilo, San Felipe
	14 Hospital San de Dios de los Andes
	<b>7 S.S. Valparaíso</b>
	15 Hospital Carlos Van Buren
	16 Hospital Claudio Vicuña, San Antonio
	<b>8 S.S. Viña de Mar</b>
	17 Hospital de Quilpué
	18 Hospital Gustavo Fricke
	19 Hospital San Martin de Quillota
20 Hospital La Calera	
<b>13a Región Metropolitana</b>	<b>9 S.S. Metro Central</b>
	21 Hospital San Borja Arriarán
	22 Hospital El Carmen
	<b>10 S.S. Metro Norte</b>
	23 Hospital San José
	<b>11 S.S. Metro Occidente</b>
	24 Hospital de Melipilla
	25 Hospital de Peñaflores
	26 Hospital de Talagante
	27 Hospital Félix Bulnes
	28 Hospital San Juan de Dios
	<b>12 S.S. Metro Oriente</b>



	29	Hospital Luis Tisne
	30	Hospital de Hanga Roa
	<b>13</b>	<b>S.S. Metro Sur</b>
	31	Hospital Barros Luco
	32	Hospital El Pino
	33	Hospital San Luis de Buin
	<b>14</b>	<b>S.S. Metro Sur Oriente</b>
	34	Hospital Sótero del Río
	35	Hospital Padre Hurtado
	36	Hospital La Florida
<b>6a Región de O'Higgins</b>	<b>15</b>	<b>S.S. O'Higgins</b>
	37	Hospital San Fernando
	38	Hospital San Vicente de Tagua-Tagua
	39	Hospital de Rancagua
	40	Hospital de Santa Cruz
	41	Hospital de Rengo
<b>7a Región del Maule</b>	<b>16</b>	<b>S.S. Maule</b>
	42	Hospital de Cauquenes
	43	Hospital de Constitución
	44	Hospital de Parral
	45	Hospital de Curicó
	46	Hospital de Linares
	47	Hospital San Javier
	48	Hospital de Talca
<b>16a Región de Ñuble</b>	<b>17</b>	<b>S.S. Ñuble</b>
	49	Hospital Herminda Martín, Chillán
	50	Hospital de San Carlos
<b>8a Región del Bío Bío</b>	<b>18</b>	<b>S.S. Bío Bío</b>
	51	Hospital Víctor Ríos Ruiz, Los Ángeles
	<b>19</b>	<b>S.S. Concepción</b>
	52	Hospital de Coronel
	53	Hospital de Lota
	54	Hospital Gran Benavente, Concepción
	<b>20</b>	<b>S.S. Arauco</b>
	55	Hospital de Curanilahue HRAV
	56	Hospital intercultural de Cañete KLL
	<b>21</b>	<b>S.S. Talcahuano</b>
	57	Hospital Higuerras de Talcahuano
	58	Hospital de Tomé
	59	Hospital Penco-Lirquén
<b>9a Región de La Araucanía</b>	<b>22</b>	<b>S.S. Araucanía Norte</b>
	60	Hospital de Victoria
	61	Hospital de Angol
	62	Hospital Traiguén
	<b>23</b>	<b>S.S. Araucanía Sur</b>
	63	Hospital de Pitrufquén
	64	Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco
	65	Hospital de Villarrica
	66	Hospital de Nueva Imperial
	67	Hospital de Lautaro
<b>14a Región de Los Ríos</b>	<b>24</b>	<b>S.S. Valdivia</b>
	68	Hospital de Valdivia
	69	Hospital Juan Money (La Unión)
	70	Hospital de Paillaco
	71	Hospital San José de la Mariquina
<b>10a Región de Los Lagos</b>	<b>25</b>	<b>S.S. Osorno</b>
	72	Hospital de Osorno
	73	Hospital de Purranque
	<b>26</b>	<b>S.S. Del Reloncaví</b>
	74	Hospital de Puerto Montt
	<b>27</b>	<b>S.S. Chiloé</b>
	75	Hospital de Ancud

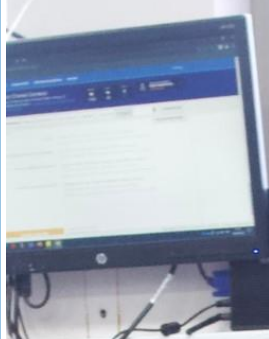


	76	Hospital de Castro
	77	Hospital de Quellón
<b>11a Región de Aysén Gral. Carlos Ibáñez del Campo</b>	<b>28</b>	<b>S.S. Aysén</b>
	78	Hospital de Coyhaique
	79	Hospital de Puerto Aysén
<b>12a Región de Magallanes y de la Antártica Chilena</b>	<b>29</b>	<b>S.S. Magallanes</b>
	80	Hospital Clínico de Magallanes, Punta Arenas
	81	Hospital Augusto Essmann, Puerto Natales



Ministerio de Salud

Gobierno de Chile



**COMPROMISO DE GESTIÓN N°22  
ENFERMEDADES CRÓNICAS NO  
TRANSMISIBLES**





<b>Ámbito RISS:</b>	Modelo Asistencial - Organización y Gestión
<b>Atributo:</b>	<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> <p>10. Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico.</p>

## 1. Objetivo general

Mejorar la respuesta del sistema de salud, en calidad y accesibilidad en la atención para las personas con Enfermedades Crónicas no Transmisibles.

## 2. Objetivos específicos

- Aumentar la compensación de personas con Diabetes Mellitus 2 (DM2) e Hipertensión arterial (HTA).
- Disminuir la prevalencia de Enfermedad renal crónica (ERC) en la población y sus complicaciones.
- Incrementar el uso de peritoneodiálisis (PD) como terapia de sustitución renal.
- Aumentar el número de personas que acceden a hemodiálisis con fistula arteriovenosa (FAV) funcionante.

## 3. Marco referencial

En Chile, como en el mundo, las enfermedades crónicas no transmisibles son un problema en aumento, tanto en magnitud como en complejidad. Ante esta situación, los sistemas de salud evidencian la fragmentación en la provisión de servicios, generada por una oferta de salud basada en programas de atención centrados en enfermedades específicas o en grupos de estas. Esta manera de funcionamiento y fragmentación tensiona a todos los actores del sistema de salud, si se considera que la mayoría de la población adulta es portadora de dos o más enfermedades crónicas. Es así, que el cómo atender la comorbilidad es el desafío de los sistemas de salud en los tiempos que corren. Las personas con multimorbilidad, comparadas con quienes presentan sólo una condición crónica, tienen una mayor mortalidad ajustada por edad, mayor utilización de recursos del sistema de salud, así como un mayor riesgo de hospitalización y una estadía hospitalaria más prolongada. Todo esto, junto con incrementar el consumo de recursos sanitarios, tiene un impacto negativo en la calidad de vida de las personas, su familia y sus cuidados.

Dentro de las múltiples patologías crónicas no transmisibles, la Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensión Arterial (HTA), tienen una asociación mayor con complicaciones mayores. Las personas con Diabetes Mellitus tienen un mayor riesgo de sufrir un infarto agudo al miocardio, ataque cerebral, enfermedad Renal crónica terminal (ERT), retinopatía diabética, neuropatía diabética y pie diabético, entre otros. La Enfermedad renal crónica (ERC), se ha convertido en una de las causas más importantes de muerte y



padecimiento en el Siglo 21. Debido en parte al aumento de los factores de riesgo, como la obesidad y la diabetes mellitus, el número de pacientes afectados también ha aumentado y afecta a aproximadamente 843,6 millones de personas en todo el mundo en 2017<sup>46</sup>. Aunque la mortalidad ha disminuido en pacientes con enfermedad renal terminal (ERT)<sup>47</sup>, los estudios de carga global de enfermedades crónicas (GBD) (Global Burden of Disease) han demostrado que la enfermedad renal crónica Enfermedad renal crónica (ERC), por sí misma constituye un factor de riesgo cardiovascular en los pacientes afectados por ella, aumentando la probabilidad de muerte y de eventos cardiovasculares mayores como Infarto al miocardio, insuficiencia cardíaca y accidentes cerebro vasculares<sup>48</sup>. Además, la ERC y el manejo en su etapa terminal (ERT) enfermedad renal terminal con Terapias de reemplazo de la función Renal (TRR) como la Hemodiálisis Trisemanal (HD), Peritoneodiálisis Crónica Ambulatoria (PD) y el Trasplante Renal (TR), tienen una carga sanitaria, social y económica muy importantes en el Mundo y también en Chile, llegando a utilizar en dichas terapias en un reducido número de pacientes más del 3% del presupuesto de Salud de un país<sup>49-50</sup>.

En Chile, la prevalencia estimada de diabetes mellitus por la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 es del 12,3% en la población mayor de 15 años, lo que muestra un aumento de 2,9 puntos porcentuales en comparación con la prevalencia reportada por la misma encuesta en 2009-2010. Sin embargo, la pandemia afectó de manera significativa el cuidado de las personas con enfermedades crónicas, especialmente a las personas con Diabetes Mellitus 2 (DM2), por lo que es probable que esta prevalencia sea significativamente mayor en la siguiente medición. Respecto a la enfermedad renal Crónica (ERC), estudios recientes muestran que su prevalencia ha aumentado en países desarrollados y en Latinoamérica, especialmente en los países de menores ingresos per cápita, llegando a prevalencias de hasta un 10% de la población general<sup>51</sup>.

Datos del MINSAL muestran que la HD tuvo un incremento promedio anual de 4,9% entre 2012 y 2019 y de 1,5% entre 2019 y 2020, esto último probablemente por efecto pandemia. Sin embargo, la (PD) tuvo un incremento promedio anual entre 2015 y 2020 de solo un 5%<sup>52</sup>. Las cifras totales de pacientes en HD alcanzan a 25.158 (2023) con una tasa de prevalencia de 1260 pacientes por millón de habitantes (PMP), y reciben peritoneo diálisis (PD) 1515 (2021) pacientes lo que significa una tasa de prevalencia de 77 pmp, que corresponde a solo 6,4 % del total de los pacientes que requieren Terapia de reemplazo renal dialítica. En otros países esta Cifra alcanza hasta un 30% del total de los pacientes con TRR. Sociedad de Nefrología, registro de hemodiálisis y peritoneodiálisis (cuenta de hemodiálisis crónica 2021 y 2023).

En la nueva Estrategia Nacional de Salud 2021-2030, en su eje estratégico número 4, componente DM, se propone como objetivo de impacto disminuir la prevalencia de diabetes mellitus en la población y reducir las complicaciones en personas con diabetes. Y en el eje de enfermedades cardio cerebro vasculares, “Aumentar cobertura de tratamientos efectivos para las Enfermedades Cardiovasculares y

<sup>46</sup> Jager KJ, Kovesdy C, Langham R, et al. A single number for advocacy and communication-worldwide more than 850 million individuals have kidney diseases. *Kidney Int.* 2019; 96:1048–1050.

<sup>47</sup> Saran R, Robinson B, Abbott KC, et al. US Renal Data System 2019 annual data report: epidemiology of kidney disease in the United States. *Am J Kidney Dis.* 2020;75: A6–A7.

<sup>48</sup> Epidemiología de la enfermedad renal crónica: “Actualización 2022”. *Kidney International.* 2022 abril; 12(1): 7–11.

<sup>49</sup> Fighting the unbearable lightness of neglecting kidney health: the decade of the kidney. *Clin Kidney J* 2021 Apr 20;14(7):1719-1730

<sup>50</sup> An International Analysis of Dialysis Services Reimbursement. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2019 Jan 7; 14(1): 84–93.

<sup>51</sup> Carga mundial, regional y nacional de enfermedad renal crónica, 1990-2017: Un análisis sistemático para el Estudio de carga global de enfermedad 2017. *The Lancet* 2020; 395 (10225): 709-733

<sup>52</sup> <https://auge.MINSAL.cl/problemasdesalud/index/1>



Cerebrovasculares”. Estos objetivos buscan disminuir las complicaciones a través de políticas públicas poblacionales que fomentan estilos de vida saludables, control integral y diagnóstico precoz de complicaciones, utilizando tecnologías disponibles para estos fines.

Asimismo, se implementa la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas (ECICEP) que viene a complementar y operacionalizar los principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario (MAIS). La idea fuerza de cambio de la ECICEP dice relación con pasar de la fragmentación por programas, patologías al cuidado integral centrado en la persona, familia y comunidades a través de atenciones de salud diferenciadas de acuerdo con el nivel de riesgo de salud de cada persona y la identificación de activos comunitarios en las personas, familias y comunidades, respondiendo al desafío que genera el fenómeno de la cronicidad en las personas, sus cuidadores, familias, equipo de salud y comunidades.

resulta particularmente importante desarrollar estrategias de optimización y fortalecimiento de la Red Pública en las actuales TRR, con objeto de aumentar la indicación y realización de Trasplantes Renales a lo largo del país, y potenciar la DP como una excelente y costo efectiva técnica de diálisis domiciliaria, así como mejorar las condiciones de los pacientes que acceden a HD en Chile. De manera que el ingreso a HD sea programado y no de urgencia, y además con un acceso vascular óptimo como son las Fistulas arteriovenosas, ambas medidas disminuyen la morbimortalidad y los gastos en salud en este tipo de pacientes (7). Esta evaluación programada permitirá el acceso a PD como primera alternativa en caso de que el paciente califique y desee esta modalidad como también realizar un trasplante renal anticipado especialmente de Donante vivo, sin llegar requerir HD ni PD.

Por último, se hace necesario consensuar de manera informada, proactiva y acompañada por el equipo de salud renal la implementación de “Manejo Médico No dialítico”, a aquellos pacientes portadores de una Enfermedad renal crónica terminal (ERCT) en que la evidencia médica lo indique y los pacientes y sus familiares estén de acuerdo con este tipo de terapia.

Frente a este escenario, se requiere abordar el tema en sus diferentes aristas y en todo el continuo de la enfermedad, considerando la prevención y diagnóstico precoz, así como el desarrollo de estrategias que incentiven la indicación y aumento de los trasplantes renales, de la indicación de peritoneodiálisis y la postergación del ingreso a terapia dialítica de sustitución, ofreciendo tratamiento médico no dialítico y desarrollando una forma diferente y proactiva del enfrentar a este tipo de pacientes, como lo son la denominadas unidades de cuidado renal avanzado a nivel de la especialidad nefrológica.

## 4. Definiciones y terminología

**ECICEP:** Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las personas.

**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 con Diabetes Mellitus 2 (DM2).

**Hipertensión arterial (HTA) compensada:** Cumple meta de presión arterial según edad.

**Diabetes Mellitus 2 (DM2) compensada:** Cumple meta de hemoglobina glicosilada según edad.

**Enfermedad renal crónica terminal (ERCT):** Definida como la reducción persistente de la filtración glomerular (GFR) y / o la presencia de otros signos de daño renal, se clasifica basándose en los niveles de GFR y albuminuria [1]. El riesgo de resultados adversos, incluida la mortalidad y la insuficiencia renal, aumenta con la disminución del GFR y el aumento de la albuminuria.



La etapa 4 y 5 corresponde a la situación clínica derivada de la pérdida progresiva, irreversible y permanente de la función renal a la que se puede llegar por múltiples etiologías, tanto de carácter congénito, hereditario o adquirido que podría requerir tratamiento de sustitución renal por diálisis o trasplante (Decreto GES N°72).

**Hemodiálisis (HD):** Es una técnica de depuración extracorpórea de la sangre que suple parcialmente las funciones renales de excretar agua y solutos, y de regular el equilibrio ácido-básico y electrolítico. No suple las funciones endocrinas ni metabólicas renales.

Consiste en interponer entre 2 compartimientos líquidos (sangre y líquido de diálisis) una membrana semipermeable. Para ello se emplea un filtro o dializador.

Fistula arterio-venosa funcional, existen tres tipos de accesos vasculares para hemodiálisis:

1) La fístula arteriovenosa nativa (FAV), la cual se crea mediante la anastomosis de una arteria y una vena debajo de la piel del brazo. Su localización preferible es a nivel de la muñeca y antebrazo; aunque si esto no fuera posible, se lleva a cabo en casos excepcionales, en otras localizaciones. En los pacientes diestros, la fístula o injerto generalmente se ubicará en el brazo izquierdo. En los pacientes zurdos, la fístula o injerto generalmente se ubicará en el brazo derecho. Tras periodo de 4- 6 semanas, la vena se convierte en un conducto de mayor calibre que permita diálisis periódicas de manera prolongada en el tiempo. La fístula puede usarse durante muchos años. La fístula A-V nativa (FAV) se realiza bajo anestesia local y en régimen ambulatorio generalmente.

2) La fístula con prótesis o injerto con GORE-TEX (también denominado «injerto AV»), que se crea mediante la interposición de un tubo de plástico entre una arteria y una vena del brazo o muslo. El tubo plástico se implanta en forma “U” debajo de la piel, para unir la arteria y vena entre sí como codo. La fístula con prótesis puede comenzar a usarse 4 semanas después de la intervención quirúrgica. Los injertos AV generalmente no son tan duraderos como las fístulas AV, pero un injerto bien cuidado puede durar varios años.

3) El catéter tunelizado para hemodiálisis (CVCT), el cual se introduce de manera percutánea en la vena yugular o subclavia, y muy excepcionalmente en femoral. Se considera un acceso transitorio hasta que la fístula AV o el injerto AV estén en condiciones de usarse. Por regla general, no se usa como un acceso permanente. Tiene mayor riesgo de infecciones y trombosis y es causa frecuente de hospitalizaciones en los pacientes en HD. Se asocia con mayor morbilidad<sup>53-54</sup>.

**Peritoneodiálisis (PD):** Técnica de depuración extrarrenal, que consiste en colocar en la cavidad peritoneal un catéter blando (Tenckhoff o variantes de este), multiperforado, a través del cual se introduce un líquido de diálisis que, tras una permanencia variable, se extrae. Los tres componentes clave son el catéter, la solución de diálisis y la membrana peritoneales.

El peritoneo hace de membrana semipermeable, que permite el intercambio de líquido, electrolitos y solutos entre la sangre y el líquido peritoneal (transporte por difusión y por ultrafiltración). Puede ser continua o intermitente, y los intercambios pueden efectuarse de forma manual (diálisis peritoneal continua ambulatoria) o automatizada (diálisis peritoneal cíclica continua).

<sup>53</sup> Lok CE, Huber TS, Lee T, et al; KDOQI Vascular Access Guideline Work Group. KDOQI clinical practice guideline for vascular access: 2019 update. *Am J Kidney Dis.* 2020;75(suppl 2): S1-S164.

<sup>54</sup> Ibeas, J, Roca-Tey, R, Vallespín, J, et al. Spanish clinical guidelines on vascular access for haemodialysis. *Nefrología* 2017; 37(Suppl. 1): 1-191.



## 5. Nombre de indicadores

- 22.1 Porcentaje de pacientes compensados de 15 y más años con diagnóstico de Hipertensión arterial en control en establecimientos de atención primaria de salud.
- 22.2 Porcentaje de pacientes compensados de 15 y más años con diagnóstico de Diabetes Mellitus 2 en establecimientos de atención primaria.
- 22.3 Porcentaje de personas adultas portadores de Enfermedad renal crónica terminal (ERCT) en Peritoneodiálisis (PD) como terapia de reemplazo renal.
- 22.4 Porcentaje de variación de personas adultas portadores de Enfermedad renal crónica terminal (ERCT) en Hemodiálisis (HD), que cuentan con fístula arteriovenosa funcional.

## 6. Metas nacionales año 2024

- Alcanzar al menos **71,0%** de cumplimiento de compensación de pacientes con Hipertensión arterial (HTA), en establecimientos de APS.
- Alcanzar al menos **50,0%** de cumplimiento de compensación en pacientes con Diabetes Mellitus 2 (DM2), programado por establecimiento de atención primaria.
- Aumento de 5 puntos porcentuales, de personas mayores de 15 años, portadores de Enfermedad renal crónica terminal (ERCT), con indicación de terapia de reemplazo en el año, que acceden a Peritoneodiálisis (PD) respecto al año anterior.
- Aumentar un 15% el número de fistulas arteriovenosas instaladas respecto del año anterior, en personas mayores de 15 años, portadoras de Enfermedad renal crónica terminal (ERCT) en Hemodiálisis (HD).

## 7. Ficha general de indicadores

Nombre del Indicador	<b>22.1 Porcentaje de pacientes compensados de 15 y más años con diagnóstico de Hipertensión arterial en control en establecimientos de APS.</b>
Fórmula de Cálculo	(Número de pacientes de 15 y más años con diagnóstico de Hipertensión Arterial en control en APS, compensados en el periodo/Número total de pacientes de 15 y más años con diagnóstico de Hipertensión Arterial bajo control en APS) * 100.
Fuente de Datos	REM P04 Sección B, Metas de Compensación Personas con Hipertensión arterial (HTA); REM P04, Sección A, PBC con Hipertensión arterial (HTA).

I Corte (enero – junio)		
Número acción	1	
Descripción Acción	Lograr el <b>71,0%</b> cumplimiento de pacientes 15 y más años diagnosticados con Hipertensión Arterial compensados al 30 de junio 2024.	
Medios de Verificación	i. Reportes periódicos del REM P04, Secciones A y B.	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	$X \geq 71,0\%$	<b>100,0%</b>
	$65,0\% \leq X < 71,0\%$	<b>75,0%</b>
	$60,0\% \leq X < 65,0\%$	<b>50,0%</b>
	$55,0\% \leq X < 60,0\%$	<b>25,0%</b>
	$X < 55,0\%$	<b>0,0%</b>



II Corte (julio – diciembre)		
Número acción	2	
Descripción Acción	Lograr el <b>71,0%</b> cumplimiento de pacientes 15 y más años diagnosticados con Hipertensión Arterial compensados al 31 de diciembre 2024.	
Medios de Verificación	i. Reportes periódicos del REM P04, Secciones A y B.	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	$X \geq 71,0\%$	100,0%
	$65,0\% \leq X < 71,0\%$	75,0%
	$60,0\% \leq X < 65,0\%$	50,0%
	$55,0\% \leq X < 60,0\%$	25,0%
	$X < 55,0\%$	0,0%

Nombre del Indicador	<b>22.2 Porcentaje de pacientes compensados de 15 y más años con diagnóstico de Diabetes Mellitus 2.</b>
Fórmula de Cálculo	(Número de pacientes de 15 y más años con diagnóstico de Diabetes Mellitus 2 compensados en el periodo/ Número total de pacientes de 15 y más años con diagnóstico de Diabetes Mellitus 2 bajo control en el periodo) * 100.
Fuente de Datos	REM P04 Sección B, Metas de compensación personas con Diabetes Mellitus 2 (DM2); REM P04, Sección A, PBC con Diabetes Mellitus 2 (DM2).

I Corte (enero – Junio)		
Número acción	1	
Descripción Acción	Lograr el <b>50,0%</b> cumplimiento de pacientes 15 y más años diagnosticados con Diabetes Mellitus 2 compensados al 30 de junio 2024.	
Medios de Verificación	i. Reportes periódicos del REM P04, Secciones A y B.	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	$X \geq 50,0\%$	100,0%
	$45,0\% \leq X < 50,0\%$	75,0%
	$40,0\% \leq X < 45,0\%$	50,0%
	$30,0\% \leq X < 40,0\%$	25,0%
	$X < 30,0\%$	0,0%

II Corte (julio – diciembre)		
Número acción	2	
Descripción Acción	Lograr el <b>50,0%</b> cumplimiento de pacientes 15 y más años diagnosticados con Diabetes Mellitus 2 compensados al 31 de diciembre 2024.	
Medios de Verificación	i. Reportes periódicos del REM P04, Secciones A y B.	
Cálculo del cumplimiento	<b>Resultado obtenido</b>	<b>Porcentaje de cumplimiento asignado</b>
	$X \geq 50,0\%$	100,0%
	$45,0\% \leq X < 50,0\%$	75,0%
	$40,0\% \leq X < 45,0\%$	50,0%
	$30,0\% \leq X < 40,0\%$	25,0%
	$X < 30,0\%$	0,0%



Nombre del indicador	<b>22.3 Porcentaje de variación de personas adultas portadores de Enfermedad renal crónica terminal (ERCT) en Peritoneodiálisis (PD) como terapia de reemplazo renal.</b>
Fórmula de cálculo	<p><b>I corte</b>  <math>(\text{Número de requisitos cumplidos del informe} / \text{número total de requisitos establecidos}) \times 100.</math></p> <p><b>II corte</b>  <math>(\text{Porcentaje de personas adultas con Enfermedad renal crónica en Peritoneodiálisis, como terapia de reemplazo renal al 31 de diciembre de 2024 respecto del total de indicaciones de terapia de reemplazo renal realizadas en el año 2024} - \text{Porcentaje de personas adultas con Enfermedad renal crónica en Peritoneodiálisis, como terapia de reemplazo renal al 31 de diciembre de 2023 respecto del total de indicaciones de terapia de reemplazo renal realizadas en el año 2023}).</math></p>
Fuente de datos	SIGGES

<b>I Corte (enero a junio)</b>													
Número acción	1												
Descripción acción	<p>Informe con el diseño y la descripción del proceso de atención de personas adultas con Enfermedad renal crónica que ingresan a Peritoneodiálisis en la red del Servicio de Salud (aspectos clínicos y administrativos), que contenga los siguientes requisitos:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diagnóstico con identificación de nodos críticos.</li> <li>2. Flujo del proceso de atención para personas en Peritoneodiálisis.</li> <li>3. Identificación del responsable del proceso.</li> <li>4. Plan de mejora.</li> </ol> <p>El detalle de estos requisitos se encuentra en las consideraciones técnicas de esta OOTT.</p>												
Medios de verificación	Línea base 2023 y formato de informe será entregados por la División de Gestión de la Red Asistencial durante el primer trimestre 2024.												
Cálculo del cumplimiento	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Resultado obtenido</th> <th>Porcentaje de cumplimiento asignado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cumple con los 4 requisitos</td> <td>100,0%</td> </tr> <tr> <td>Cumple con 3 de los 4 requisitos</td> <td>75,0%</td> </tr> <tr> <td>Cumple con 2 de los 4 requisitos</td> <td>50,0%</td> </tr> <tr> <td>Cumple con 1 de los 4 requisitos</td> <td>25,0%</td> </tr> <tr> <td>No cumple con ningún requisito</td> <td>0,0%</td> </tr> </tbody> </table>	Resultado obtenido	Porcentaje de cumplimiento asignado	Cumple con los 4 requisitos	100,0%	Cumple con 3 de los 4 requisitos	75,0%	Cumple con 2 de los 4 requisitos	50,0%	Cumple con 1 de los 4 requisitos	25,0%	No cumple con ningún requisito	0,0%
	Resultado obtenido	Porcentaje de cumplimiento asignado											
	Cumple con los 4 requisitos	100,0%											
	Cumple con 3 de los 4 requisitos	75,0%											
	Cumple con 2 de los 4 requisitos	50,0%											
Cumple con 1 de los 4 requisitos	25,0%												
No cumple con ningún requisito	0,0%												

<b>II Corte (enero a diciembre)</b>													
Número acción	2												
Descripción acción	Aumento de 5 puntos porcentuales de personas mayores de 15 años, portadores de Enfermedad renal crónica terminal (ERCT), con indicación de terapia de reemplazo en el año, que acceden a Peritoneodiálisis (PD) respecto a año anterior.												
Medios de verificación	SIGGES												
Cálculo del cumplimiento	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Resultado obtenido</th> <th>Porcentaje de cumplimiento asignado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><math>X \geq 5</math> puntos porcentuales (pp)</td> <td>100,0%</td> </tr> <tr> <td><math>4 \text{ pp} \leq X &lt; 5 \text{ pp}</math></td> <td>75,0%</td> </tr> <tr> <td><math>3 \text{ pp} \leq X &lt; 4 \text{ pp}</math></td> <td>50,0%</td> </tr> <tr> <td><math>2 \text{ pp} \leq X &lt; 3 \text{ pp}</math></td> <td>25,0%</td> </tr> <tr> <td><math>X &lt; 2 \text{ pp}</math></td> <td>0,0%</td> </tr> </tbody> </table>	Resultado obtenido	Porcentaje de cumplimiento asignado	$X \geq 5$ puntos porcentuales (pp)	100,0%	$4 \text{ pp} \leq X < 5 \text{ pp}$	75,0%	$3 \text{ pp} \leq X < 4 \text{ pp}$	50,0%	$2 \text{ pp} \leq X < 3 \text{ pp}$	25,0%	$X < 2 \text{ pp}$	0,0%
	Resultado obtenido	Porcentaje de cumplimiento asignado											
	$X \geq 5$ puntos porcentuales (pp)	100,0%											
	$4 \text{ pp} \leq X < 5 \text{ pp}$	75,0%											
	$3 \text{ pp} \leq X < 4 \text{ pp}$	50,0%											
$2 \text{ pp} \leq X < 3 \text{ pp}$	25,0%												
$X < 2 \text{ pp}$	0,0%												



Nombre del indicador	<b>22.4 Porcentaje de variación de personas adultas portadores de Enfermedad renal crónica terminal (ERCT) en Hemodiálisis (HD), que cuentan con fístula arteriovenosa funcional.</b>
Fórmula de cálculo	<p><b>I corte</b></p> <p>(Número de requisitos cumplidos establecidos en pauta de cotejo / número total de requisitos establecidos en pauta de cotejo) x 100.</p> <p><b>II corte</b></p> <p>((Número de personas adultas con Enfermedad renal crónica Hemodiálisis (HD), por medio de fístula arteriovenosa al 31 de diciembre de 2024 - Número de personas adultas con Enfermedad renal crónica en Hemodiálisis (HD), por medio de fístula arteriovenosa al 31 de diciembre de 2023) / (Número de personas adultas con Enfermedad renal crónica en Hemodiálisis (HD), por medio de fístula arteriovenosa al 31 de diciembre de 2023)) x 100.</p>
Fuente de datos	<b>SIGGES</b>

<b>I Corte (enero a junio)</b>							
Número acción	<b>1</b>						
Descripción acción	Encuesta enviada por Minsal respondida de manera completa por los comités nefrológicos de cada servicio de salud.						
Medios de verificación	Línea base 2023 y formato de encuesta serán entregados por la División de Gestión de la Red Asistencial durante el primer semestre 2024.						
Cálculo del cumplimiento	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Resultado obtenido</th> <th>Porcentaje de cumplimiento asignado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>Completitud en llenado de encuesta</b></td> <td>100,0%</td> </tr> <tr> <td><b>Encuesta respondida de forma incompleta</b></td> <td>0,0%</td> </tr> </tbody> </table>	Resultado obtenido	Porcentaje de cumplimiento asignado	<b>Completitud en llenado de encuesta</b>	100,0%	<b>Encuesta respondida de forma incompleta</b>	0,0%
	Resultado obtenido	Porcentaje de cumplimiento asignado					
<b>Completitud en llenado de encuesta</b>	100,0%						
<b>Encuesta respondida de forma incompleta</b>	0,0%						

<b>II Corte (enero a diciembre)</b>													
Número acción	<b>2</b>												
Descripción acción	Aumentar en un 15% el número de personas adultas portadoras de Enfermedad renal crónica en Hemodiálisis (HD) por medio de fístula arteriovenosa, respecto de la línea base.												
Medios de verificación	FRONT Diálisis FONASA												
Cálculo del cumplimiento	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Resultado obtenido</th> <th>Porcentaje de cumplimiento asignado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>X ≥ 15,0%</td> <td><b>100,0%</b></td> </tr> <tr> <td>10,0% ≥ X &lt; 15,0%</td> <td><b>75,0%</b></td> </tr> <tr> <td>7,5% ≥ X &lt; 10,0%</td> <td><b>50,0%</b></td> </tr> <tr> <td>5,0% ≥ X &lt; 7,5%</td> <td><b>25,0%</b></td> </tr> <tr> <td>X &lt; 5,0%</td> <td><b>0,0%</b></td> </tr> </tbody> </table>	Resultado obtenido	Porcentaje de cumplimiento asignado	X ≥ 15,0%	<b>100,0%</b>	10,0% ≥ X < 15,0%	<b>75,0%</b>	7,5% ≥ X < 10,0%	<b>50,0%</b>	5,0% ≥ X < 7,5%	<b>25,0%</b>	X < 5,0%	<b>0,0%</b>
	Resultado obtenido	Porcentaje de cumplimiento asignado											
	X ≥ 15,0%	<b>100,0%</b>											
	10,0% ≥ X < 15,0%	<b>75,0%</b>											
	7,5% ≥ X < 10,0%	<b>50,0%</b>											
5,0% ≥ X < 7,5%	<b>25,0%</b>												
X < 5,0%	<b>0,0%</b>												

## 8. Consideraciones técnicas

- Establecimientos de atención primaria: corresponden a CESFAM, CECOSF, Hospital Comunitario, que realiza controles de salud a personas con ECNT.
- Corte I: enero a junio
- Corte II: julio a diciembre

### 22.3 Porcentaje de variación de personas adultas portadores de Enfermedad renal crónica terminal (ERCT) en Peritoneodiálisis (PD) como terapia de reemplazo renal.



**Diseño y descripción del proceso de atención de personas adultas con Enfermedad renal crónica**

- 1) Se debe presentar un informe por SS, debe contener aspectos clínicos y administrativos del proceso de atención, incluyendo hitos de registro asociados. Considerar el proceso de atención en PD de usuarios mayores de 15 años del Servicio de Salud. Debe contener estos 4 elementos:
  - a. Diagnóstico con identificación de nodos críticos: Considerar antecedentes de la población bajo control que ya se encuentra con terapia de reemplazo renal (TRR) y la población en etapas de ERC 3-4, que podrían llegar a diálisis. Incluir oferta pública y privada de PD y proyectos en desarrollo.
  - b. Flujo del proceso: considerar desde que usuario es susceptible a indicación de TRR, educación, evaluación psicosocial, presentación de alternativas al usuario, gestión instalación de catéter, activación de estudio pre-trasplante, entre otros. Incluir diagrama de flujo a modo de resumen, que considere responsables por etapa del proceso. Se propone usar la siguiente ficha de procesos como apoyo a la confección del diagrama de flujo:

<b>FICHA DE PROCESO</b>															
<b>Responsable</b>															
<b>Objetivo</b>															
<b>Entradas</b>															
<b>Salidas</b>															
<b>Participantes</b>															
<b>Actividades</b>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Sub-Proceso</th> <th>Descripción</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Sub-Proceso	Descripción												
	Sub-Proceso	Descripción													

- c. Identificación del proceso: Se debe indicar nombre del responsable desde el SS, quien estará a cargo del monitoreo del cumplimiento del protocolo definido para la atención de personas en PD.
- d. Plan de mejora: según los nodos críticos identificados en el diagnóstico (punto a), indicar qué acciones se desarrollarán en el corto, mediano y largo plazo para aumentar la proporción de usuarios en PD respecto al total de usuarios en TRR en el territorio.

**Consideraciones Línea Base del Indicador**

- 1) La línea base se construyó con el total de garantías de oportunidad “tratamiento HD/PD” generadas y registradas en SIGGES<sup>55</sup> en el Problema de Salud GES n° 1 Enfermedad Renal Crónica, durante enero- diciembre 2023 en establecimientos de la red asistencial.
- 2) Se consideran 2 garantías de oportunidad generadas y registradas en SIGGES por los establecimientos:
  - a. La peritoneodiálisis (PD) se iniciará dentro de 21 días desde la indicación médica.
  - b. La hemodiálisis (HD) se iniciará dentro de 7 días desde la indicación médica.

<sup>55</sup> Fuente SIGGES- Netezza Extracción: 10/01/2024 Garantías de Oportunidad 01/01/2023 al 31/12/2023



Se contabilizaron independientemente del estado actual en que se encuentren: cumplidas/ retrasadas/ incumplidas atendidas en SIGGES.

- 3) Los 29 Servicios de Salud tienen registros en SIGGES de activación de garantías de terapias de reemplazo renal (TRR) GES, sea HD ó PD durante el año 2023.
- 4) Se excluyen del indicador y del cálculo de la línea base, los beneficiarios GES a quienes se les activa su garantía de oportunidad de TRR siendo menor de 15 años.
- 5) La línea base no depende de si existe o no la oferta de PD dentro del Servicio de Salud a evaluar.
- 6) La línea base definida será entregada por DIGERA diferenciada para cada Servicio de Salud y no por establecimiento, según la proporción de usuarios en TRR del territorio.

**Pauta de cotejo o check list para revisión de informe inicial COMGES 22.3 (I corte)**

Servicio de salud	Aspectos que considerar				
	Diagnostico situacional	Flujo del proceso	Identificación del responsable	Plan de mejora	
ARICA	si	no	si	si	<b>NO</b>
TARAPACÁ	si	si	si	si	<b>SI</b>
ANTOFAGASTA					
ATACAMA					
COQUIMBO					
ACONCAGUA					
VIÑA DEL MAR QUILLOTA					
VALPARAÍSO SAN ANTONIO					
LIBERTADOR B. O'HIGGINS					
DEL MAULE					
ÑUBLE					
CONCEPCIÓN					
TALCAHUANO					
BÍOBÍO					
ARAUCO					
ARAUCANÍA NORTE					
ARAUCANÍA SUR					
OSORNO					
LOS RÍOS					
DEL RELONCAVÍ					
CHILOÉ					
AYSÉN					
MAGALLANES					
METROPOLITAN O NORTE					



METROPOLITAN O CENTRAL					
METROPOLITAN O OCCIDENTE					
METROPOLITAN O ORIENTE					
METROPOLITAN O SUR					
METROPOLITAN O SURORIENTE					

**Departamento de Control de Gestión  
Subsecretaría de Redes Asistenciales  
Ministerio de Salud  
2024  
Versión 1.0 2024**

