



55

Subsecretaría de Redes Asistenciales
Gabinete
Departamento de Control de Gestión
DJG/JCC/FLP



2148

ORDINARIO C16 N° _____/

ANT.: Resolución Exenta N° 735 de 2021 del Ministerio de Salud, que fija las Metas Sanitarias Nacionales y objetivos de mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios de los Servicios de Salud para el año 2022.

MAT.: Envía Orientaciones Técnicas complementarias Metas Sanitarias funcionarios de la Ley 18.834 año 2022.

SANTIAGO,

3 0 JUN 2022

DE : SUBSECRETARIO DE REDES ASISTENCIALES

A : SEGÚN DISTRIBUCIÓN

En el marco del proceso de suscripción, monitoreo y cumplimiento de las Metas Sanitarias comprometida por los equipos de trabajos de los establecimientos de los Servicios de Salud del país, adjunto a ustedes Orientaciones Técnicas complementarias, para su conocimiento, aplicación y difusión en los equipos técnicos.

Lo no contemplado en las referidas orientaciones técnicas será informado por el Departamento de Control de Gestión de esta Subsecretaría, para ello, todas las dudas o consultas deberán ser dirigidas a fabiola.lopez@minsal.cl.

Saluda atentamente a Ud.


DR. FERNANDO ARAOS DATTOLI
SUBSECRETARIO DE REDES ASISTENCIALES

Distribución:

- 29 Servicios de Salud de país
- Equipos de Control de Gestión, Servicios de Salud
- Gabinete Subsecretaría de Redes Asistenciales
- Depto. Control de Gestión Gabinete Subsecretaría de Redes Asistenciales, Minsal
- Oficina de Partes, Minsal



MINISTERIO DE SALUD
 SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES
 DEPARTAMENTO DE CONTROL DE GESTIÓN
 GABINETE SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES

Metas Sanitarias año 2020 Ley 18.834

Orientaciones técnicas específicas

Cambios y/o actualización por Indicador

A continuación, se presentan las observaciones de cambio y/o actualización por indicador para la definición de las Orientaciones Técnicas específicas año 2020:

N°	Nombre Indicador	Observación de cambio y/o actualización Orientaciones técnicas específicas 2020
1.1	Personas diabéticas compensadas en el grupo de 15 y más años	Mantiene descripción orientación técnica específica, pero se actualiza ruta REM de acuerdo al REM 2022.
1.2	Evaluación anual de los pies en personas de 15 y más años con diabetes bajo control	Mantiene descripción orientación técnica específica, pero se actualiza ruta REM de acuerdo al REM 2022.
1.3	Personas hipertensas compensadas bajo control en el grupo de 15 y más años	Mantiene descripción orientación técnica específica, pero se actualiza ruta REM de acuerdo al REM 2022.
1.4	Porcentajes de egresos de maternidad con lactancia materna exclusiva	Mantiene descripción orientación técnica específica, pero se actualiza ruta REM de acuerdo al REM 2022.
1.5	Porcentaje de cumplimiento de programación de consultas de profesionales no médicos de establecimientos de la red.	Actualiza descripción orientación técnica específica.
1.6	Porcentaje de categorización de Urgencia a través de ESI en las UEH.	Mantiene descripción orientación técnica específica, pero se actualiza ruta REM de acuerdo al REM 2022.
1.7	Porcentaje de pacientes categorizados con CUDYR (Categorización Usuaría por Dependencia y Riesgo)	Actualiza descripción orientación técnica específica.
1.8	Porcentaje de Gestión Efectiva para el cumplimiento GES en la Red.	Actualiza descripción orientación técnica específica.
1.9	Porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización desde UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas	Mantiene descripción orientación técnica específica, pero se actualiza ruta REM de acuerdo al REM 2022.
2.1	Porcentaje de llamadas al 131 CONTESTADAS, año t.	Indicador no necesita de orientaciones técnicas específicas.



MINISTERIO DE SALUD
SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES
DEPARTAMENTO DE CONTROL DE GESTIÓN
GABINETE SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES

2.2	Porcentaje de llamadas contestadas en < 10 segundos de espera, año t.	Indicador no necesita de orientaciones técnicas específicas.
2.3	Porcentaje de llamadas contestadas en < 20 segundos de espera, año t.	Mantiene descripción orientación técnica específica.
2.4	Porcentaje de indicaciones de Soporte Vital Básico (BLS) realizadas por operador telefónico a solicitante en caso de Reanimación Cardiopulmonar (RCP)	Mantiene descripción orientación técnica específica.
2.5	Porcentaje de pacientes trasladados de acuerdo a condiciones de seguridad protocolizadas (sujeción - control hemodinámico)	Mantiene descripción orientación técnica específica.
3.1	Capacitación de funcionarios regidos por el Estatuto Administrativo, correspondiente a la Ley 18.834, capacitados en el año t, en al menos una actividad pertinente de los ejes estratégicos de la Estrategia Nacional de Salud.	Actualiza descripción orientación técnica específica.



ORIENTACIONES TÉCNICAS COMPLEMENTARIAS AÑO 2022

Metas de Desempeño Institucional
Establecimientos Dependientes Servicios de Salud

Funcionarios regidos por el Estatuto Administrativo Ley 18.834

Metas de Desempeño Institucional, Decreto Supremo N° 123 del 2004

DEPARTAMENTO DE CONTROL DE GESTIÓN
Gabinete de la Subsecretaría de Redes Asistenciales

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN	4
II.	MEDIOS DE VERIFICACIÓN.....	5
III.	ORIENTACIONES ESPECÍFICAS INDICADORES Y METAS 2022	6
1.	Metas sanitarias Establecimientos de Alta, Mediana y Baja complejidad de la red de Servicios de Salud.	6
1.1	Personas diabéticas compensadas en el grupo de 15 y más años ¡Error! Marcador no definido.	
	Orientaciones técnicas específicas del indicador:.....	¡Error! Marcador no definido.
1.2	Evaluación anual de los pies en personas de 15 años y más con diabetes bajo control ¡Error! Marcador no definido.	
	Orientaciones técnicas específicas del indicador:.....	¡Error! Marcador no definido.
1.3	Personas hipertensas compensadas bajo control en el grupo de 15 y más años	9
	Orientaciones técnicas específicas del indicador:.....	¡Error! Marcador no definido.
1.4	Porcentaje de egresos de maternidad con lactancia materna exclusiva	10
	Orientaciones técnicas específicas del indicador:.....	11
1.5	Porcentaje de cumplimiento de programación de consultas de profesionales no médicos de establecimientos de la red	17
	Orientaciones técnicas específicas del indicador:.....	17
1.6	Porcentaje de categorización de Urgencia a través de ESI en las UEH	18
	Orientaciones técnicas específicas del indicador:.....	19
1.7	Porcentaje de pacientes categorizados con CUDYR (Categorización Usuaría por Dependencia y Riesgo)	21
	Orientaciones técnicas específicas del indicador:.....	22
1.8	Porcentaje de gestión efectiva para el cumplimiento GES en la red.....	24
	Orientaciones técnicas específicas del indicador:.....	25
1.9	Porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización desde UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas.....	26
	Orientaciones técnicas específicas del indicador:.....	27
2.	Metas Sanitarias y de Mejoramiento de la Gestión 2022 Servicios de Atención Médica de Urgencia (SAMU), que cuenten con resolución como establecimiento dependiente del Servicio de Salud	28
2.1	Porcentaje de llamadas al 131 contestadas año t.....	28

Orientaciones técnicas específicas del indicador:.....	28
2.2 Porcentaje de llamadas contestadas en < 10 segundos de espera año t.....	29
Orientaciones técnicas específicas del indicador:.....	29
2.3 Porcentaje de llamadas contestadas en < 20 segundos de espera año t.....	30
Orientaciones técnicas específicas del indicador:.....	31
2.4 Porcentaje de indicaciones de Soporte Vital Básico (BLS) realizadas por operador telefónico a solicitante en caso de Reanimación Cardiopulmonar (RCP).	31
Orientaciones técnicas específicas del indicador:.....	32
2.5 Porcentaje de pacientes trasladados de acuerdo a condiciones de seguridad protocolizadas (sujeción – control hemodinámico)	32
Orientaciones técnicas específicas del indicador:.....	33
3. Meta Sanitaria orientada a fortalecer las competencias laborales en los ámbitos del nuevo modelo de atención, sistema de garantías en salud, calidad de la atención y trato al usuario y mejoramiento de la gestión de la red asistencial.....	34
3.1 Capacitación de funcionarios regidos por el Estatuto Administrativo, correspondiente a la Ley 18.834, capacitados en el año t, en al menos una actividad pertinente de los ejes estratégicos de la Estrategia Nacional de Salud.	34
Orientaciones técnicas específicas del indicador:.....	34

I. INTRODUCCIÓN

A través de la Resolución N° 735 del año 2021, el Ministerio de Salud fijó las Metas Sanitarias Nacionales y objetivos de mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios de los Servicios de Salud para el año 2022, conforme al decreto N°123 del 2004 que reglamenta el otorgamiento de asignaciones de estímulos por desempeño colectivo.

Adicionalmente, la Subsecretaría de Redes Asistenciales, a través del Ord. N° 3792 del 04 de septiembre del año 2019, envió a los Servicios de Salud las Orientaciones Técnicas para la formulación, monitoreo y evaluación de las metas, conforme a lo prescrito en el Decreto N° 123 de 2004, que beneficia a los funcionarios de los Servicios de Salud regidos por la Ley 18.834.

Las referidas orientaciones, tuvieron como propósito entregar el marco regulatorio sobre el proceso de cumplimiento anual de las metas, desde la formulación, actividades, plazos y responsables; y segundo, ser una guía general para que, los equipos de control de gestión y afines de los servicios de salud y establecimientos de la red asistencial dispongan de orientaciones específicas por cada uno de los indicadores; como instrumento que les permite realizar un correcto cumplimiento y monitoreo durante todo el proceso.

En este contexto, el presente documento tiene un carácter complementario, es decir servirá de soporte auxiliar a las orientaciones enviadas a través del ordinario N° 3792 del 2019. Los equipos técnicos encontrarán, en el presente documento, las orientaciones específicas de los indicadores que rigen para el año 2022, además se incorporó un capítulo especial respecto a la reportaría de los medios de verificación.

Finalmente, se requiere que los equipos de Control de Gestión estudien con detenimientos las orientaciones técnicas que esta Subsecretaría pone a disposición, para facilitar la formulación, monitoreo y evaluación de las Metas Sanitarias de la Ley 19.937 y, antes dudas o consultas puedan dirigirlas al Departamento de Control de Gestión de esta Subsecretaría.

II. MEDIOS DE VERIFICACIÓN

Ante las observaciones de los evaluadores respecto a la reportería de los medios de verificación que los Servicios de Salud entregan en la etapa de evaluación, se ha considerado pertinente reforzar algunas consideraciones que los equipos de Control de Gestión deben tener al momento de entregar los antecedentes al organismo evaluador. Estos son:

- 1) Los medios de verificación deben ser los mismo que se establece en el documento que fija las Metas Nacionales y los objetivos de mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios de los Servicios de Salud.
- 2) Los datos informados deben coincidir con los medios de verificación, sean estos reportes, bases de datos u otros antecedentes que la autoridad haya fijado para el efecto.
- 3) No se deben adjuntar certificados o documentación adicional, que no sea solicitada como medio de verificación, de acuerdo con la Resolución que fija las Metas Sanitarias.
- 4) Las justificaciones por subcumplimiento y/o sobrecumplimiento, deben ser coherentes, es decir, debe quedar claro la causalidad de los referidos resultados y deben estar debidamente informados, permitiendo al evaluador una fácil comprensión.

III. ORIENTACIONES ESPECÍFICAS INDICADORES Y METAS 2022

1. Metas sanitarias Establecimientos de Alta, Mediana y Baja complejidad de la red de Servicios de Salud.

1.1 Personas diabéticas compensadas

OBJETIVO DEL PROCESO		Reducir la prevalencia de aquellas enfermedades prevenibles a través del control de sus factores de riesgo			
NOMBRE DEL INDICADOR		Personas diabéticas compensadas en el grupo de 15 y más años			
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INIDICADOR		
	Numerador: N° de personas con DM2 con hemoglobina glicosilada compensada en los últimos 12 meses	N° de personas con DM2 de 15 a 79 años con hemoglobina glicosilada bajo 7% más N° de personas con DM2 de 80 años y más años con hemoglobina glicosilada bajo 8%, según último control vigente en los últimos 12 meses	TIPO DE INDICADOR	DIMENSIÓN DEL INDICADOR	A QUE ESTABLECIMIENTOS APLICA
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
	Denominador: Total de personas diabéticas de 15 y más años bajo control en el nivel primario	Corresponde a la población bajo control del Programa de Salud Cardiovascular	Resultado intermedio	Eficacia	Establecimientos de atención primaria dependiente de Servicios de Salud (incluye hospitales de baja complejidad)
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICION Y ANALISIS	PRIORIDAD
Porcentua l	≥45%	Una evaluación al año	REM P04, Sección A y B	SERVICIO DE SALUD	ALTA
OBJETIVOS ESTRATEGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS				FÓRMULA DE CÁLCULO	
Objetivo 1 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales				(((N° de personas con DM2 de 15 a 79 años con hemoglobina glicosilada bajo 7% según último control vigente en los últimos 12 meses) + (N° de personas con DM2 de 80 años y más años con hemoglobina glicosilada bajo 8%, según último control vigente en los últimos 12 meses)) / Total de personas diabéticas de 15 y más años bajo control en el nivel primario) *100	

Orientaciones técnicas específicas del indicador:

Se entiende por persona diabética compensada aquella que habiendo sido diagnosticado como diabético Tipo 2, presenta una HbA1c <7 (grupo etario entre 15 y 79 años) o una HbA1c < 8 (grupo etario entre 15 y 79 años) según último control vigente.

Las personas diabéticas bajo control son aquellos que están adscritos al Programa de Salud Cardiovascular del establecimiento de atención primaria que les corresponde y que no han dejado de asistir a control por más de 12 meses desde la última atención.

Para este indicador se considerará el formulario REM P04, y además realizar un resumen de los resultados indicando claramente de donde se obtienen los datos para la construcción de dicho indicador, es por ello por lo que es recomendable que el Departamento de Control de Gestión revise que el ingreso de datos al sistema se realice según forma y plazo.

REM:

NOMBRE DEL INDICADOR	COMPONENTE DEL INDICADOR	NIVEL AGREGACION	REM	COLUMNA	CODIGO	CELDA
Personas diabéticas compensadas en el grupo de 15 y más años	Nº de personas con Diabetes Mellitus 2 de 15 y más años compensada	HbA1C<7% y HbA1C<8%	P4	COL01	P4180300, P4200200	C36, C37
	Nº de personas con Diabetes Mellitus 2 de 15 y más años bajo control	DIABETICOS	P4	COL01	P4150602	C17

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

OBJETIVO DEL PROCESO	Reducir la prevalencia de aquellas enfermedades prevenibles a través del control de sus factores de riesgo				
NOMBRE DEL INDICADOR	Evaluación anual de los pies en personas de 15 y más años con diabetes bajo control				
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INIDICADOR		
	Nº de personas con DM2 bajo control de 15 y más años con una evaluación de pie vigente en el año t	Nº de personas con DM2 que reciben una evaluación del estado de sus pies por profesional clínico en atención primaria para evitar lesiones	TIPO DE INDICADOR	DIMENSIÓN DEL INDICADOR	A QUE ESTABLECIMIENTOS APLICA
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			

		Total de personas diabéticas de 15 y más años bajo control en el nivel primario	Corresponde a la población bajo control del Programa de Salud Cardiovascular	Resultado intermedio	Eficacia	Establecimientos de atención primaria dependiente de Servicios de Salud (incluye hospitales de baja complejidad)
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR						
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANÁLISIS	PRIORIDAD	
Porcentual	≥90%	Una evaluación al año	REM P04, Sección A y C	SERVICIO DE SALUD	ALTA	
OBJETIVOS ESTRATEGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS				FÓRMULA DE CÁLCULO		
Objetivo 1 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales				$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ de personas con DM2 bajo control de 15 y más años con una evaluación de pie vigente en el año } t}{\text{N}^\circ \text{ total de personas diabéticas de 15 y más años bajo control en el nivel primario}} \right) * 100$		

Orientaciones técnicas específicas del indicador:

La meta tiene por objetivo asegurar que a toda persona con diabetes bajo control se le examinen los pies, se clasifique según riesgo de ulceración/amputación y se defina un plan diferenciado de seguimiento y educación según nivel de riesgo, para prevenir estas complicaciones. La fuente de información es el REM P04.

REM:

NOMBRE DEL INDICADOR	COMPONENTE DEL INDICADOR	NIVEL AGREGACION	REM	COLUMNA	CODIGO	CELDA
Evaluación anual de los pies en personas de 15 años y más con diabetes bajo control	Nº de personas con Diabetes Mellitus 2 de 15 y más años con evaluación de pie vigente	RIESGO BAJO, MODERADO, ALTO, MAXIMO	P4	COL01	P4190809, P4170300, P4190500, P4190600	C60, C61, C62, C63
	Nº de personas con Diabetes Mellitus 2 de 15 y más años bajo control	DIABETICOS	P4	COL01	P4150602	C17

1.3 Personas hipertensas compensadas

OBJETIVO DEL PROCESO		Reducir la prevalencia de aquellas enfermedades prevenibles a través del control de sus factores de riesgo			
NOMBRE DEL INDICADOR		Personas hipertensas compensadas bajo control en el grupo de 15 y más años			
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INIDICADOR		
	Nº de personas con HTA con presión arterial compensada en los últimos 12 meses	Nº de personas con HTA de 15 a 79 años con presión arterial bajo 140/90 mmHg más Nº de personas con HTA de 80 años y más con presión arterial bajo 150/90 mmHg, según último control vigente en los últimos 12 meses	TIPO DE INDICADOR	DIMENSIÓN DEL INDICADOR	A QUE ESTABLECIMIENTOS APLICA
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
	Total de personas hipertensas de 15 y más años bajo control en el nivel primario	Corresponde a la población bajo control del Programa de Salud Cardiovascular	Resultado intermedio	Eficacia	Establecimientos de atención primaria dependiente de Servicios de Salud (incluye hospitales de baja complejidad)
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICION Y ANALISIS	PRIORIDAD
Porcentual	≥68%	Una evaluación al año	REM P04, Sección A y B	SERVICIO DE SALUD	MEDIA
OBJETIVOS ESTRATEGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS				FÓRMULA DE CÁLCULO	
Objetivo 1 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales				$\left(\left(\text{N}^{\circ} \text{ de personas con HTA de 15 a 79 años con presión arterial bajo 140/90 mmHg, según último control vigente en los últimos 12 meses} \right) + \left(\text{N}^{\circ} \text{ de personas con HTA de 80 años y más con presión arterial bajo 150/90 mmHg, según último control vigente en los últimos 12 meses} \right) \right) / \text{N}^{\circ} \text{ total de personas hipertensas de 15 y más años bajo control en el nivel primario} * 100$	

Orientaciones técnicas específicas del indicador:

Se entiende por persona hipertensa compensada aquella cuyo grupo etario está entre 15 y 79 años, habiendo sido diagnosticado con presión arterial persistentemente elevada ($> 0 = a 140/90$ mmHg) registra una presión arterial menor a $PA < 140/90$ mmHg en ultimo control vigente, más las personas del grupo etario de 80 y más años, con presión arterial menor a $PA < 150/90$ mmHg.

Las personas hipertensas bajo control son aquellos que están adscritos al Programa de Salud Cardiovascular del establecimiento de atención primaria que les corresponde y que no han dejado

de asistir a control por más de 12 meses desde la última atención, cuyo registro se obtiene del REM P04.

REM:

NOMBRE DEL INDICADOR	COMPONENTE DEL INDICADOR	NIVEL AGREGACION	REM	COLUMNA	CODIGO	CELDA
Personas hipertensas compensadas bajo control en el grupo de 15 y más años	Nº de personas con hipertensión arterial de 15 y más años compensada	PA < 140/90 mmHg y PA < 150/90 mmHg	P4	COL01	P4180200, P4200100	C34, C35
	Nº de personas con hipertensión arterial de 15 y más años bajo control	HIPERTENSOS	P4	COL01	P4150601	C16

1.4 Lactancia materna exclusiva

OBJETIVO DEL PROCESO	Incentivar la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida, como fomento de una alimentación saludable, previniendo obesidad y otras enfermedades no transmisibles.				
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de egresos de maternidad con lactancia materna exclusiva				
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
	Número de egresos de maternidad con lactancia materna exclusiva	Corresponde a los RN vivos egresados con administración única de leche materna, en donde no se administran otros líquidos ni sólidos (ni siquiera agua); exceptuando la administración de soluciones de rehidratación oral o de vitaminas, minerales o medicamentos en forma de gotas o jarabes.	TIPO DE INDICADOR	DIMENSIÓN DEL INDICADOR	A QUE ESTABLECIMIENTOS APLICA
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
	Número de egresos de maternidad	Corresponde a los egresos de maternidad de puérperas con recién nacido vivo y los egresos de recién nacido del servicio clínico maternidad	Eficacia	Resultado	Hospitales con maternidad y que presentan partos durante el año

		menos los egresos de maternidad con informe de justificación validados por el referente técnico de lactancia materna de la SEREMI de Salud y menos los hijos/as de madres con VIH + o HTLV1.			
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN		
Porcentual	≥ 93%	Anual	REM A 24 Sección E e informes de justificación validados por el referente técnico de lactancia materna de la SEREMI de salud		
OBJETIVOS ESTRATEGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS			FÓRMULA DE CÁLCULO		
Objetivo 1 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales			$\left(\frac{\text{Total de egresos de maternidad con lactancia materna exclusiva}}{\text{Total de egresos de maternidad menos egresos de maternidad con informe de justificación validados por el referente técnico de lactancia materna de la SEREMI de salud y menos niños de madres con VIH + o HTLV1}} \right) * 100$		

Orientaciones técnicas específicas del indicador:

La lactancia materna es la forma de alimentación que contribuye con mayor efectividad al desarrollo físico y mental del niño, proporcionándole nutrientes en calidad y cantidad adecuadas. Se recomienda que el niño reciba leche materna en forma exclusiva durante los primeros seis meses de vida y que constituya parte importante de la alimentación hasta los dos años. Las curvas de crecimiento confeccionadas a partir del peso y talla de niños alimentados con leche materna exclusiva los primeros seis meses de vida, muestran un crecimiento superior al de las de referencia basadas en los pesos de niños con lactancia mixta o artificial.

La leche materna ha sido definida como un fluido bioactivo, que permite a los niños así alimentados tener menor riesgo de contraer enfermedades infecciosas y presentar menor incidencia y severidad de éstas. La leche humana contiene una variedad de elementos inmunológicos que destruyen bacterias, virus y parásitos. Esta propiedad es más relevante en países en desarrollo con elevadas cifras de morbilidad infantil por enfermedades diarreicas u otras infecciones. La leche humana, además de dar inmunidad pasiva al niño, acelera la maduración de sus órganos y sistema inmunológico.

Los niños amamantados tienen un mejor desarrollo de los arcos dentales, paladar y otras estructuras faciales y presentan una incidencia menor de caries que los niños que reciben mamadera.

La lactancia materna es un importante factor positivo en la Salud Pública y las prácticas óptimas de lactancia materna se convierten en la acción preventiva más eficaz para prevenir la mortalidad en la niñez, lo que a su vez es uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de la OMS. El indicador tiene por objeto incentivar la indicación de lactancia materna exclusiva (LME) en todas las Unidades Hospitalarias del país, que cuenten con Servicios Gineco-obstétricos y de Neonatología.

La meta sanitaria de la Ley 18.834 de LME al alta hospitalaria se medirá sólo en las Maternidades, excluyendo las altas de los servicios de Neonatologías. El Medio de verificación se obtiene del REM A24 Sección E, donde se informan todas las Altas de los servicios indicados. Para efecto de evaluación de la Meta Sanitaria, se deberá considerar a los menores que responden a lo descrito en el **informe de apelación (documento adjunto) realizando de manera manual el descuento en el Numerador y Denominador de los lactantes con incompatibilidad de ser amamantados**. Los lactantes con madres portadoras de VIH+ o HTLV-1, no requieren del informe de apelación, pero deben ser contabilizados en planillas de información para el descuento en el numerador y denominador, al momento de calcular la meta sanitaria real.

Respecto al informe de apelación es preciso señalar lo siguiente:

- El Profesional al que corresponde realizar el llenado del registro es el médico que indicó la fórmula.
- El formulario es individual y deben existir tantos como número menores que egresaron sin lactancia materna exclusiva.

REM

NOMBRE DEL INDICADOR	CELDAS REM NUMERADOR	CELDAS REM DENOMINADOR
Porcentaje de egresos de maternidad con lactancia materna exclusiva	REM A24, sección E, celda B55	REM A24, sección E, celda B54

ANEXOS Indicador LME:

Anexo 1:

**INFORME DE JUSTIFICACIÓN
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA AL ALTA DEL SERVICIO GINECO- OBSTETRICO**

I. Antecedentes Generales

N.º de ficha Madre: _____ Fecha reporte: ____/____/____
 Establecimiento de salud: _____
 Comuna: _____ Ciudad: _____

Antecedentes de la madre e Hijo(a):

Nombre Madre: _____ RUN (o documento de identidad): _____
 Semanas de gestación: _____ Tipo de parto: _____
 Nombre Hijo(a): _____ RUN (en caso de tener): _____
 Fecha de nacimiento hijo(a): ____/____/____ Peso egreso (g): ____ Talla egreso (cm): ____
 Apgar: ____/____ Día egreso: _____ Edad al egreso: _____

Tipo de alimentación al alta hospitalaria (LM: lactancia materna; FL: fórmula láctea):

LM + FL

FL

II. Criterio médico para suspender la Lactancia Materna Exclusiva

- i. Morbilidad obstétrica graves
- ii. Enfermedades médicas graves:

Señale según corresponda la(s) patología(s) u condición que llevaron a suspender la lactancia materna.

Psicosis	Hepatitis C (si carga viral es mayor a 105/ml)
Depresión grave	Hepatitis B
Bacilífera activa	Enfermedades maternas graves (ejemplo madre en UCI)
Macroadenoma hipofisiario	Infección por herpes simple con lesiones activas
Casos severos de miastenia gravis	Tuberculosis materna activa
Neoplasias en tratamiento quimioterápico	Quimioterapia materna (citotóxicos)
Yodo radioactivo	Uso de medicamentos contraindicados en la lactancia, sin los cuales la mujer puede presentar alteraciones graves de salud (ejemplo: carbonato de litio)
Consumo activo de sustancias tóxicas: drogas en general, pasta base, cocaína y otras(especificar): _____	

iii. Lactante susceptible a adopción

iv. Hijo/a (marcar la alternativa que corresponda):

- A. Galactosemia clásica
- B. Enfermedades de orina en jarabe de arce.
- C. Fenilcetonuria
- D. Otros (especificar): _____

III. Describa brevemente la causa que justifica la indicación de fórmula láctea administrado de forma parcial o total:

IV. Mencione los documentos que adjunta a este registro para evidenciar las acciones realizadas por el hospital o unidad (anamnesis, registro de clínicas de lactancia, entre otros):

13

V. **Contrarreferencia** (Derivación a APS): SI _____ NO _____

Datos del Profesional responsable que indica fórmula láctea:

Nombre: _____

RUN: _____ Profesión _____

Cargo: _____

Encargado/a Meta Sanitaria LME Hospitalario:

Nombre: _____

Firma: _____

Nota: Elaborar este informe al momento del egreso hospitalario del servicio de gineco-obstétrico de púerperas con recién nacido vivo.

Anexo 2:

Instructivo de Informe de Justificación
Meta Lactancia Materna Exclusiva (LME) al Egreso de los Servicios Gineco-obstétricos

Introducción:

La lactancia materna es la forma de alimentación que contribuye con mayor efectividad al desarrollo físico y mental del niño, proporcionándole nutrientes en calidad y cantidad adecuadas. Se recomienda que el niño reciba leche materna en forma exclusiva durante los primeros seis meses de vida y que constituya parte importante de la alimentación hasta los dos años. Las curvas de crecimiento confeccionadas a partir del peso y talla de niños alimentados con leche materna exclusiva los primeros seis meses de vida, muestran un crecimiento superior al de las de referencia basadas en los pesos de niños con lactancia mixta o artificial.

La leche materna ha sido definida como un fluido bioactivo, que permite a los niños así alimentados tener menor riesgo de contraer enfermedades infecciosas y presentar menor incidencia y severidad de éstas. La leche humana contiene una variedad de elementos inmunológicos que destruyen bacterias, virus y parásitos. Esta propiedad es más relevante en países en desarrollo con elevadas cifras de morbilidad infantil por enfermedades diarreicas u otras infecciones. La leche humana, además de dar inmunidad pasiva al niño, acelera la maduración de sus órganos y sistema inmunológico.

Los niños amamantados tienen un mejor desarrollo de los arcos dentales, paladar y otras estructuras faciales y presentan una incidencia menor de caries que los niños que reciben mamadera.

Consideraciones para el registro de la información:

La Meta Sanitaria de la Ley 18.834 de LME al Alta Hospitalaria se medirá sólo en los Servicios Gineco-Obstétricos, excluyendo las altas de los servicios de Neonatologías.

El Medio de verificación se obtiene del REM A24 Sección E, donde se informan todas las Altas de los servicios indicados. Para efecto de evaluación de la Meta Sanitaria, el referente técnico de lactancia materna de la SEREMI de Salud, deberá considerar a los menores que responden a lo descrito en el **informe de justificación (documento anexo)** autorizando o no, a los Servicios de Salud, el descuento **de manera manual en el denominador de los lactantes con incompatibilidad de ser amamantados.**

De esta manera, el informe de justificación debe ser enviado al referente de lactancia materna de cada servicio de Salud. El referente de cada servicio de salud deberá revisar estos antecedentes y remitir un informe trimestral, al referente de lactancia materna de la SEREMI de Salud, quien debe responder el informe enviado, aceptando o rechazando el informe enviado por los referentes de servicio de salud.

Los lactantes con madres portadoras de VIH+ o HTLV-1, no requieren del informe de apelación, pero deben ser contabilizados en planillas de información para el descuento en el denominador, al momento de calcular la meta sanitaria real.

Por lo tanto, para el cálculo del total de egresos de la maternidad en el denominador, se deberán descontar los egresos de maternidad con informe de justificación validados por el referente de lactancia de la SEREMI y los hijos/as de madres con VIH + o HTLV1.

1. Informe de Justificación

En el informe de Justificación se realizará el registro de todos los usuarios que egresen de las maternidades con fórmula láctea o lactancia mixta y se describirá las causales de esta situación.

Se registrará la siguiente información:

- I. Antecedentes Generales**
- II. Tipo de alimentación al alta Hospitalaria.**
- III. Criterio médico para suspender la Lactancia Materna Exclusiva.**
 - Se registra la patología u condición que generó la indicación médica de suspensión de Lactancia Materna exclusiva, para la madre y/o hijo(a).
- IV. Se debe registrar brevemente la justificación de la indicación de fórmula láctea.**

- V. Se debe explicar los **documentos que adjuntan a este registro** para evidenciar las acciones realizadas por el hospital o unidad (anamnesis, registro de clínicas de lactancia, entre otros).
- VI. Se debe registrar si se realizó **contrarreferencia a la APS** para seguimiento del caso.
 - Se debe registrar los datos del Profesional Médico responsable que indica la fórmula.
 - Se debe registrar los datos del Encargado de meta de Lactancia Materna o encargado del comité de lactancia del Hospital.

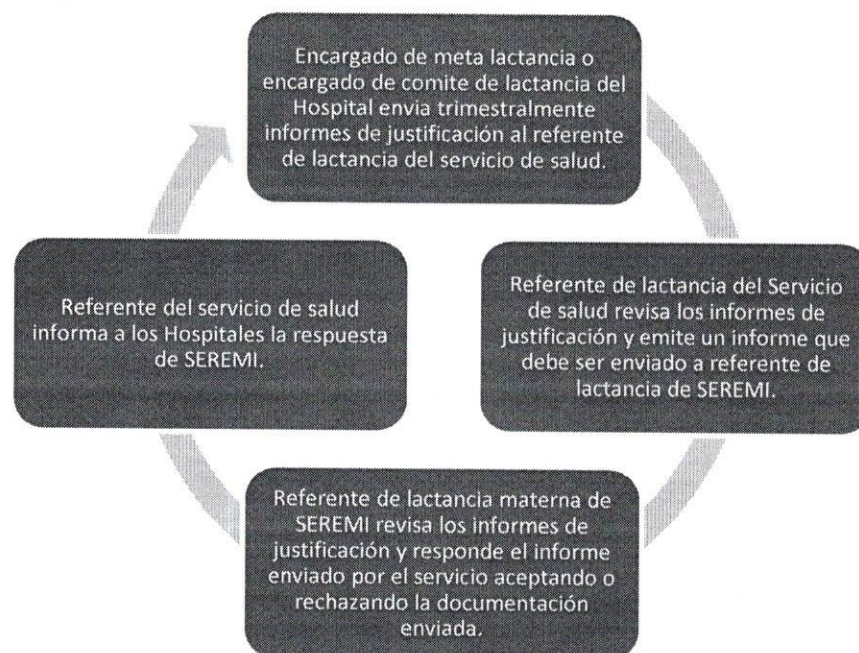
2. Flujograma de envío de informe de Justificación.

Este informe de justificación se realizará con cada usuario que egrese de las unidades con fórmula láctea y deberá ser adjuntado en la ficha del usuario.

Este documento se realizará por el médico tratante y será derivado al encargado de lactancia o comité de lactancia, el cual adjuntará todos los documentos realizados y debe ser enviado al referente de lactancia materna de cada servicio de salud.

El referente de cada servicio de salud deberá revisar estos antecedentes y remitir un informe trimestral al referente de lactancia materna de la SEREMI de Salud, quien debe responder el informe enviado, aceptando o rechazando el informe trimestral enviado por los referentes de servicio de salud.

3. FLUJOGRAMA



1.5 Atención Ambulatoria de Consultas de Profesionales no Médicos

OBJETIVO DEL PROCESO	Dar respuesta a los requerimientos sanitarios de la población beneficiaria, optimizando al máximo el recurso profesional en la entrega de las prestaciones requeridas.				
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de cumplimiento de programación de consultas de profesionales no médicos de establecimientos de la red				
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
	Número de consultas de profesionales no médicos realizadas en el año t	Corresponde a la cantidad de consultas efectivamente realizadas por profesionales no médicos en el año t	TIPO DE INDICADOR	DIMENSIÓN DEL INDICADOR	A QUE ESTABLECIMIENTOS APLICA
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
Total de consultas de profesionales no médicos programadas y validadas en el año t	Corresponde a la cantidad total de consultas de profesionales no médicos programadas para el año t según oferta del establecimiento, cuya programación es validada por Minsal.	Resultado	Eficiencia	Alta, mediana y baja complejidad, CRS dependientes, establecimientos experimentales y COSAM	
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN		
Porcentual	≥ 95%	Anual	Planilla Consolidada del Servicio de Salud que indique cumplimiento de consultas de profesionales no médicos de establecimientos de alta y mediana complejidad, CRS, establecimientos experimentales y COSAM, del periodo de evaluación enero a diciembre año t. Planillas Excel de Programación año t de totalidad de las horas contratadas, de todos los establecimientos de la Red de profesionales no médicos. Ruta REM definidas en OO_TT		
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS			FÓRMULA DE CÁLCULO		
Objetivo 1 del Formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Objetivo 1 y 3 del Formulario A1 de Servicios de Salud.			$\left(\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de consultas de profesionales no médicos realizadas en el año t}}{\text{N}^{\circ} \text{ Total de consultas de profesionales no médicos programadas y validadas en el año t}} \right) \times 100$		

Orientaciones técnicas específicas del indicador:

1. El cálculo y la evaluación del indicador considera la actividad de consultas de profesionales no médicos, de acuerdo con las orientaciones técnicas enviadas desde Minsal.

2. Para efectos del proceso de programación y planificación 2022, se debe seguir los lineamientos ministeriales según la Orientación Técnica de Programación y Planificación en Red del año 2022, disponible en la web Minsal. https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/09/2021.09.15_Orientaciones-para-la-planificaci%C3%B3n-y-programaci%C3%B3n-de-la-red-2022.pdf

Medios de verificación:

1. Planilla Excel de cumplimiento de programación de profesionales no médicos 2022 con la totalidad de los Establecimientos de Alta, Mediana y baja Complejidad y CRS, incluyendo modalidad presencial y a distancia.
2. Producción; Incluir datos detallados en recuadro: (Rem 2022)

REM	SECCION	CELDA	CAMPOS
A06	A1	C	(C14+C15+C16+C17+C19+C26)
A28	B2	B	(B203+B204+B205+B206+B207)
	B3	B	(B212+B213+B214+B215)
	B4	B	(B220+B221+B222+B223)
	D2	C	(C346+C347+C348+C350+C351+C352+C354+C355+C356)
A07	C	C	(C94+C95+C96+C97+C98+C99+C100+C101+C102+C103)
A32	C	C	(C70+C71+C72+C73+C74+C75+C76+C77+C78)
	E	C	(C114+C115+C116+C117+C118+C119+C127+C128+C129+C130+C131)

1.6 Categorización de Pacientes en Urgencia con herramienta ESI en Unidades de Emergencia Hospitalaria (UEH)

OBJETIVO DEL PROCESO	Asegurar la oportunidad de atención a las personas consultantes de las UEH, de acuerdo con su complejidad y gravedad categorizada con la herramienta denominada Selector de Demanda Estandarizado EMERGENCY SEVERITY INDEX (ESI)				
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de categorización de Urgencia a través de ESI en las UEH.				
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
	Número de pacientes categorizados según herramienta ESI en UEH de establecimientos de alta y mediana complejidad en el año t	Se consideran el total de pacientes categorizados según selector de demanda ESI en el año t.	TIPO DE INDICADOR	DIMENSIÓN DEL INDICADOR	A QUE ESTABLECIMIENTOS APLICA

	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
	Total de pacientes con consultas de Urgencia realizadas en UEH de establecimientos de alta y mediana complejidad en el año t.	Se consideran el total de pacientes con consultas de urgencias realizadas en el año t.	Proceso	Eficacia	Alta y mediana complejidad
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN		
Porcentual	≥ 90%	Anual	Planilla de cumplimiento del indicador, validada por el Servicio de Salud, que considere los registros de REM A 08, Sección B para el numerador y REM A 08, Sección A para el denominador.		
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS			FÓRMULA DE CÁLCULO		
Objetivo 1 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Objetivo 1 y 3 del Formulario A1 de los Servicios de Salud			$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes categorizados según herramienta ESI en UEH de establecimientos de alta y mediana complejidad en el año t}}{\text{N}^\circ \text{ Total de pacientes con consultas de urgencia realizadas en UEH de establecimientos de alta y mediana complejidad en el año t.}} \right) * 100$		

Orientaciones técnicas específicas del indicador:

El indicador tiene por objetivo potenciar el uso y la implementación de la herramienta Emergency Severity Index (ESI, en español: Índice de Severidad de Emergencia) en las Unidades de Emergencia Hospitalaria (UEH) de Alta Complejidad¹, que corresponde a un Sistema TRIAGE estructurado y estandarizado, sistema que cuenta con suficiente evidencia científica, para ser implementado en las Unidades de Emergencia Hospitalaria²:

“La disponibilidad del sistema de Triage estructurado en las UEH es considerado como un índice de calidad básico y relevante en la relación riesgo -eficiencia ya que además cuenta con la certificación del profesional que lo realiza”.

Este nuevo modelo de categorización siendo, el primer subproceso clínico por medio del cual se asegura la oportunidad de atención de pacientes es un sistema de ordenamiento de la atención de los consultantes de las UEH, realizado exclusivamente por enfermería, en base a signos y síntomas manifestados por el paciente y no en base a diagnósticos médicos o sospecha médica diagnóstica. Este profesional aplica el algoritmo estructurado de la herramienta “Índice de Severidad de Emergencia”, en la que, con una evaluación estructurada, estandarizada, breve y toma de signos en solamente un grupo de pacientes, asigna al paciente una de las cinco categorías de C1 a C5.

¹ Exento N° 108, 29 de junio 2018, Subsecretaría de Redes Asistenciales Sistema de priorización estructurada de la atención de pacientes en Unidades de Emergencia Hospitalaria.

² Manual para la implementación de sistema Triage en los cuartos de Urgencia OPS/OMS diciembre 2012.

Este subproceso de categorización y priorización, “*permite una gestión del riesgo clínico para poder manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan los recursos*”. Este proceso prioriza la oportunidad de la atención según el riesgo vital y la complejidad de la atención del paciente.

Es importante precisar que el subproceso de categorización corresponde a un ordenamiento de la demanda y no a una atención médica de urgencia, por lo que bajo ningún punto de vista un paciente que ha sido categorizado puede ser derivado desde ese punto a otro centro de atención, ni establecer que su consulta no es pertinente. Una derivación puede ocurrir solamente precedida de una atención médica. Atención médica de Emergencia/Urgencia: “*Es la atención integral de Emergencia/Urgencia médica otorgada en forma oportuna y adecuada a un paciente ambulatorio que concurre espontáneamente o es derivado desde otro centro de atención al Servicio de Urgencia (ya sean atención abierta o cerrada)*”.

Escala de Categorización ESI de Pacientes de la UEH.

La escala estructurada otorga 5 niveles de priorización, los que organizan de la siguiente manera:

Pacientes en situación de alto riesgo: Situación de riesgo vital o de peligro inmediato real o potencial para la vida con efecto de secuelas graves permanentes si no recibe atención calificada precoz o incluso de inmediato en algunos casos. En esta categoría se incluye C1 y C2.

En aquellos pacientes que no se encuentran en una situación de alto riesgo, la categorización los segmenta según la complejidad de su atención:

Paciente complejo: Todo paciente que no se encuentra en una situación de riesgo que deba ser atendido precozmente y cuya complejidad de atención implique la aplicación de variados recursos físicos o humanos. En esta categoría se incluye C3.

Paciente de menor complejidad: Todo paciente que no se encuentra en una situación de riesgo que deba ser atendido precozmente y cuya complejidad de atención no implique la aplicación de variados recursos físicos o humanos, sino pueda resolverse con la capacidad basal instalada más algún recurso que no demore su atención. En esta categoría se incluye C4 y C5.

El indicador es aplicable a establecimientos de mayor complejidad y para establecimientos de mediana complejidad solo es aplicable si disponen de profesional exclusivo para la función de categorización, y no es aplicable a establecimientos de baja complejidad.

Medio de verificación:

La fuente de información para la construcción del numerador corresponde al registro del REM 08, la construcción del numerador es; REM A08 - sección B celda AN64 y para el denominador es; el REM A08, sección **A.1, columna B - Fila 12 + columna B - Fila 15., que incluye las consultas odontológicas.**

1.7 Categorización de pacientes hospitalizados con instrumento CUDYR en Unidades funcionales de cuidados

OBJETIVO DEL PROCESO	Gestionar el proceso de hospitalización en las diferentes unidades funcionales, de manera de facilitar la operación del Modelo de Atención Progresiva				
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de Pacientes Categorizados con CUDYR (Categorización Usuaría por Dependencia y Riesgo)				
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
	Número DC Categorizados de Camas que se Categorizan de lunes a Domingo	Corresponde a la suma de días cama (DC) Categorizados, de todas las unidades funcionales del establecimiento que se categorizan de lunes a Domingo con instrumento CUDYR	TIPO DE INDICADOR	DIMENSIÓN DEL INDICADOR	A QUE ESTABLECIMIENTOS APLICA
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
	Número DC Ocupados en Camas categorizables de lunes a Domingo	Corresponde a la suma de días cama (DC) Ocupados categorizables de todas las unidades funcionales del establecimiento con instrumento CUDYR de lunes a Domingo			
	C- VARIABLE 3	DESCRIPCIÓN VARIABLE 3			
	Número DC Categorizados de Camas que se Categorizan de lunes a viernes	Corresponde a la suma de días cama (DC) Categorizados, de todas las unidades funcionales del establecimiento que se categorizan lunes a viernes con instrumento CUDYR	Resultado	Eficiencia	Alta, mediana y baja complejidad
D- VARIABLE 4	DESCRIPCIÓN VARIABLE 4				
Número DC Ocupados en Camas categorizables de lunes a viernes	Corresponde a la suma de días cama (DC) Ocupados categorizables de todas las unidades funcionales del establecimiento con instrumento CUDYR de lunes a viernes				
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN		
Porcentual	≥ 95%	Anual	Planilla de cumplimiento del indicador (formato enviado por Minsal) validada por el Servicio de Salud, considerando que: <ul style="list-style-type: none"> • Los datos de las variables A y C , se obtienen de los registros y/o reportes de sistemas informáticos locales del área enfermería y/o matronería del Establecimiento. • Los datos de las variables B y D, se obtienen de registros y/o reportes de sistemas informáticos locales del Establecimiento. 		
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS			FÓRMULA DE CÁLCULO		
Objetivo 1 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Objetivo 1 y 3 del Formulario A1 de los Servicios de Salud			$\left(\frac{\text{N}^{\circ} \text{ DC Categorizados de Camas que se Categorizan de lunes a domingo} + \text{N}^{\circ} \text{ DC Categorizados en Camas que se Categorizan de lunes a viernes}}{\text{N}^{\circ} \text{ DC Ocupados categorizables de lunes a domingo} + \text{N}^{\circ} \text{ DC Ocupados categorizables de lunes a viernes}} \right) * 100$		

Orientaciones técnicas específicas del indicador:

Este indicador tiene por objeto aplicar el instrumento que contribuya a gestionar el proceso de hospitalización en las diferentes unidades asistenciales y mide el porcentaje de pacientes categorizados por riesgo dependencia, mediante la relación entre los días camas categorizados y el total de días camas ocupados.

Para esta categorización se debe:

- a) Usar el instrumento definido para esta actividad "CUDYR" y se debe aplicar a todos los pacientes que ocupen una cama hospitalaria, incluyendo camas obstétricas.
- b) Considerar pacientes que a lo menos tienen 8 horas de hospitalización.
- c) Debe ser realizado por profesional de enfermería y matronería
- d) Debe ser efectuada en un horario diario definido por cada establecimiento, el que debería permanecer invariable. Para efectos de este indicador, se solicita registrar esta actividad sólo una vez, independiente de las planificadas por el profesional.
- e) Incluir a los pacientes que se encuentren deambulando dentro de la unidad o servicio clínico, exceptuando a aquellos pacientes que se encuentren fuera de la unidad, debido a interconsultas o procedimientos.
- f) Aplicar de lunes a domingo en unidades de cuidado crítico y de lunes a viernes en unidades de cuidados medios y básicos (esto último en específico dirigido a establecimientos que no dispongan de recurso humano para aplicar instrumento de categorización los fines de semana).
- g) Si el Establecimiento cuenta con los recursos para categorizar las unidades de cuidados medios y básicos de lunes a domingo (situación ideal), deberá registrar e ingresar datos según la variable correspondiente.
- h) Se sugiere realizar una evaluación cruzada del proceso de categorización entre servicios clínicos, para evaluar la consistencia y concordancia del registro, en establecimientos de mediana y alta complejidad
- i) Se debe considerar la capacitación en la aplicación del instrumento como parte del período de orientación de enfermeras y matronas que se incorporan a los establecimientos, y como parte de la capacitación continua de cada centro del SS.
- j) DC: Días Cama
- k) Se excluyen de la medición las unidades funcionales de Psiquiatría y Pensionado para todas las variables A, B, C y D.
- l) **Días Camas Ocupados Categorizables:** Corresponde a una cama con paciente categorizado (que cumpla con al menos 8 horas de permanencia y que esté ocupando cama.)

Metas Sanitarias 2022 - Indicador N° 1.7 - Ley 18.834 – Resolución Exenta N° 735 29/SEP/2021				Porcentaje de Categorización de Pacientes en Niveles de Riesgo Dependencia		
VARIABLES DEL INDICADOR				FÓRMULA DE CÁLCULO		
A	Número DC Categorizados de Camas que se Categorizan de Lunes a Domingo				$[(A+C) / (B+D)] * 100$	
B	Número DC Ocupados en Camas Categorizables Lunes a Domingo					
C	Número DC Categorizados en Camas que se Categorizan de Lunes a Viernes					
D	Número DC Ocupados en Camas Categorizables de Lunes a Viernes					
ESTABLECIMIENTO 1						
	Categorización de lunes a domingo		Categorización de lunes a viernes		Resultado acumulado al mes que reporta	Meta indicador $\geq 95\%$
	A	B	C	D	$[(A+C) / (B+D)] * 100$	
Mes	Número DC Categorizados	Número DC Ocupados en Camas Categorizables de lunes a Domingo	Número DC Categorizados	Número DC Ocupados en Camas Categorizables de lunes a viernes	Porcentaje de Categorización	Cumple / No Cumple
enero					0,0%	0,0%
febrero					0,0%	0,0%
marzo					0,0%	0,0%
abril					0,0%	0,0%
mayo					0,0%	0,0%
junio					0,0%	0,0%
julio					0,0%	0,0%
agosto					0,0%	0,0%
septiembre					0,0%	0,0%
octubre					0,0%	0,0%
noviembre					0,0%	0,0%
diciembre					0,0%	0,0%
Total Año					0,0%	No Cumple

La categorización de usuarios, según dependencia y riesgo (CUDYR) ofrece un método que mide las actividades de enfermería más frecuentes que se realizan en cualquier servicio clínico, con las variaciones generadas por las demandas de los pacientes, independiente del nivel de complejidad

del cuidado y de la etapa de ciclo vital en que se encuentre. Esto constituye su principal aporte, al poder medir con el mismo instrumento la presión asistencial de las diferentes unidades asistenciales y las cargas de trabajo de enfermería.

Para verificar la correcta aplicación del instrumento, se sugiere realizar una Evaluación Cruzada del Proceso de Categorización entre servicios clínicos, que permita evaluar la consistencia y concordancia del registro.

Medios de verificación:

- Registro local de cada establecimiento.
- DEIS
 - Categorización de Pacientes Hospitalizados Según Riesgo Dependencia.

Consideraciones Especiales:

- ✓ Realizar corte preliminar para el periodo del I° semestre del año en curso y enviar pre-informe a la referente Minsal (plazo máximo 15.07.2022) con el fin de realizar un trabajo colaborativo y focalizado en aquellos SS que presenten bajos cumplimientos (menor al 95%), intencionado una elaboración de plan de mejora para el II° semestre del año.
- ✓
- ✓ Se recepcionarán las apelaciones de los Servicios de Salud, en el caso que su meta se haya visto afectada al cierre del 31-12-2022, estas apelaciones deberán contar con un plan de mejora aplicado en el segundo semestre, sumado a un análisis cuanti-cualitativos sobre su realidad local.

1.8 Porcentaje de Gestión Efectiva para el cumplimiento GES en la Red

OBJETIVO DEL PROCESO	Medir el porcentaje de cumplimiento GES, para los problemas de Salud incluidos en el decreto GES vigente en el periodo a evaluar.				
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de Gestión Efectiva para el Cumplimiento GES en la Red.				
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
	Garantías Cumplidas + Garantías Exceptuadas + Garantías Incumplidas Atendidas	Corresponde al total de garantías de oportunidad atendidas y exceptuadas en el año t.	TIPO DE INDICADOR	DIMENSIÓN DEL INDICADOR	A QUE ESTABLECIMIENTOS APLICA
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
	Garantías Cumplidas + Garantías Exceptuadas + Garantías Incumplidas Atendidas +	Corresponden al total de garantías de oportunidad cumplidas, exceptuadas, incumplidas atendida e incumplidas no atendidas con fecha	Resultado	Eficiencia	Alta, mediana y baja complejidad

	Garantías Incumplidas No Atendidas + Garantías Retrasadas Acumuladas	límite en el año t. Además, total de garantía de oportunidad retrasadas acumuladas.			
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN		
Porcentual	100%, se entiende cumplido el indicador cuando su resultado es mayor o igual a 99,5%	Anual	Minuta con datos y porcentaje de cumplimiento generada por el Servicio de Salud, sobre la base del sistema de información SIGGES, Datamart, u otro sistema que esté en aplicación para estos efectos.		
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS			FÓRMULA DE CÁLCULO		
Objetivo 1 y 2 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Objetivo 1 y 3 del Formulario A1 de los Servicios de Salud			$\frac{[(\text{Garantías Cumplidas} + \text{Garantías Exceptuadas} + \text{Garantías Incumplidas Atendidas}) \text{ en el año } t]}{[(\text{Garantías Cumplidas} + \text{Garantías Exceptuadas} + \text{Garantías Incumplidas Atendidas} + \text{Garantías Incumplidas No Atendidas}) \text{ en el año } t + \text{Garantías Retrasadas acumuladas}]} * 100$		

Orientaciones técnicas específicas del indicador:

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

- No se incluirán las garantías nombradas como "No Definidas".
- No incluye las garantías vigentes al momento del corte.
- Incluye toda intervención sanitaria (Diagnóstico, Tratamiento, Rehabilitación y Seguimiento)

Para efectos del cálculo del indicador se debe tener presente la siguiente consideración:

a) El número de garantías de oportunidad activadas y cumplidas en el año t (numerador), corresponden al total de garantías cumplidas, garantías exceptuadas y garantías incumplidas atendidas.

b) Se definen como garantías activadas en el año t (denominador) a la suma de las garantías cumplidas, garantías exceptuadas, garantías incumplidas atendidas, garantías incumplidas no atendidas a cumplir en el año t y las garantías retrasadas acumuladas.

c) El universo de garantías a considerar se determina a partir de la fecha límite de cumplimiento, las que será coincidente con el año T, a excepción de las garantías retrasadas que debe ser considerado el total, incluyendo la fecha límite de años anteriores.

Este indicador mide el porcentaje de cumplimiento GES, para los problemas de salud incluidos en el decreto GES vigente en el periodo a evaluar. Dentro de su estructura, el indicador considera cada uno de los estados en los cuales se encuentran las garantías al momento de la evaluación o corte.

Aquellos casos diagnosticados y confirmados que no puedan ser resueltos por el establecimiento, deberán ser derivados inmediatamente a la red definida para ello. En caso de ser el establecimiento el responsable de la resolución deberá utilizar los mecanismos de contingencia planificados para estas circunstancias.

Es fundamental que la información del cumplimiento GES, sea el fiel reflejo de la atención de los pacientes GES en la red, para lo cual es imprescindible resguardar la calidad y oportunidad de los registros y sus respectivos respaldos asociados

Para este indicador los Medios de Verificación que se deben subir son los señalados en el Decreto, para ello es importante señalar que las bases de datos que proporciona el sistema SIGGES-DATAMART, deben cautelar no proporcionar los antecedentes de identificación de los usuarios, principalmente el RUT, para lo cual se sugiere que, una vez realizada las tablas para obtener los resultados, dicho dato (RUT) se elimine o bloquee de la base de datos proporcionada.

De esta forma el archivo Excel debe contener la base más el análisis por tipo de garantía, de manera de reflejar de la mejor forma los datos para el numerador y denominador, el que además deberá contener un Certificado emitido por el director del Servicio de Salud, quien valida y certifica que los datos proporcionados son fidedignos.

Medios de verificación:

Minuta con datos y porcentaje de cumplimiento generada por el Servicio de Salud, sobre la base del sistema de información SIGGES, Datamart, u otro sistema que esté en aplicación para estos efectos.

1.9 Hospitalización desde las Unidades de Emergencia Hospitalaria (UEH)

OBJETIVO DEL PROCESO	Fortalecer y optimizar procesos clínicos críticos.				
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización desde UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas.				
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
	Número total de pacientes con indicación de Hospitalización que espera en UEH t' < 12 horas para acceder a cama de dotación en t	Todos los pacientes que, con indicación de Hospitalización, acceden a cama de Hospitalización antes de 12 horas.	TIPO DE INDICADOR	DIMENSIÓN DEL INDICADOR	A QUE ESTABLECIMIENTOS APLICA

	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
	Número total de pacientes con indicación de Hospitalización en t	Total de paciente que tienen indicación de hospitalización (se excluyen del total: pacientes derivados a otros establecimientos y/o que rechacen hospitalización)	Proceso	Eficacia	Establecimientos con UEH que realizan hospitalizaciones adulto y pediátricas (excluida obstétrica)
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN		
Porcentual	≥80%	Anual	REM A08 Sección D		
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS			FÓRMULA DE CÁLCULO		
Objetivo 1 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Objetivo 1 y 3 del Formulario A1 de los Servicios de Salud			$\left[\frac{\text{N}^\circ \text{ Total de pacientes con indicación de hospitalización que espera en UEH } t' < 12 \text{ horas para acceder a cama de dotación en año } t}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes con indicación de Hospitalización en UEH en año } t} \right] * 100$		

Orientaciones técnicas específicas del indicador:

Este indicador mide el número de pacientes que teniendo la indicación de hospitalización desde la unidad de emergencia hospitalaria (UEH) que ingresan desde el Servicio de urgencia a cama hospitalaria y su hospitalización se realiza en tiempo menor o igual a las 12 horas.

Para efectos de cálculo del indicador, se deberán sumar todas las hospitalizaciones adulto y pediátricas (excluida obstétrica y los que acceden directamente al proceso quirúrgico (C98)), provenientes de la UEH del establecimiento. El servicio de urgencia, no debe ser considerado con camas de hospitalización.

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

Tiempo 1 (T1): Hora de indicación de hospitalización en UEH.

Tiempo 2 (T2): Hora de ingreso al servicio clínico, entendido como paciente acostado.

Medio de verificación:

REM (2022) A08 Sección D. [Celdas C92/ (C92+C93+C94+C97)]

2. Metas Sanitarias y de Mejoramiento de la Gestión 2022 Servicio de Atención Médica de Urgencia (SAMU), que cuenten con resolución como establecimiento dependiente del Servicio de Salud

2.1 Porcentaje de llamadas al 131 contestadas

OBJETIVO DEL PROCESO		Velar por la oportunidad en la atención telefónica, según protocolo definido en los Centros de Atención Prehospitalaria, optimizando el tiempo de respuesta de llamados realizados por la población a los Servicios de Atención Médica de Urgencia (SAMU).			
NOMBRE DEL INDICADOR		Porcentaje de llamadas al 131 contestadas año t.			
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
	Número de llamadas contestadas	Corresponde al total de llamadas entrantes a la PBX 131, contestadas por operador telefónico del centro regulador.	TIPO DE INDICADOR	DIMENSIÓN DEL INDICADOR	A QUE ESTABLECIMIENTOS APLICA
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
	Número de llamadas totales entrantes a la PBX 131 local - llamadas abandonadas antes de 3 segundos (solo por parte del usuario)	Esta variable muestra el total de llamadas entrantes a la PBX local del 131. Se restan las llamadas que son abandonadas <u>por el usuario</u> , antes de 3 segundos de espera.	Producción	Calidad	Centros de Atención Prehospitalaria de Alta Complejidad
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN		
Porcentual	≥ 90%	Anual	Planilla de cumplimiento del indicador de acuerdo con datos del reporte del sistema de información del Centro de atención Prehospitalaria y validada por el Servicio de Salud.		
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS		FÓRMULA DE CÁLCULO			
Objetivo 1 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Objetivo 1 y 3 del Formulario A1 de los Servicios de Salud		[Nº de llamadas contestadas totales / (Nº de llamadas totales entrantes a la PBX 131 - llamadas abandonadas por el usuario antes de 3 segundos de espera)]*100			

Orientaciones técnicas específicas del indicador:

No requiere orientaciones técnicas específicas.

Medio de verificación:

- Reporte del sistema de información del Centro de atención Prehospitalaria.

2.2 Porcentaje de llamadas contestadas en menos de 10 segundos

OBJETIVO DEL PROCESO		Velar por la oportunidad en la atención telefónica, según protocolo definido en los Centros de Atención Prehospitalaria, optimizando el tiempo de respuesta de llamados realizados por la población a los Servicios de Atención Médica de Urgencia (SAMU).			
NOMBRE DEL INDICADOR		Porcentaje de llamadas contestadas en < 10 segundos de espera año t.			
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
	Número de llamadas contestadas en menos de 10 segundos	Esta variable muestra el tiempo de respuesta de los llamados realizados y que se contestan en menos de 10 segundos. Relevante debido a que es el tramo de espera con la más alta tasa de abandono.	TIPO DE INDICADOR	DIMENSIÓN DEL INDICADOR	A QUE ESTABLECIMIENTOS APLICA
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
Número de llamadas totales contestadas	Esta variable muestra el total de llamadas contestadas por el Centro Regulador de Atención Prehospitalaria.	Producción	Calidad	Centros de Atención Prehospitalaria de Alta Complejidad	
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN		
Porcentual	≥ 85%	Anual	Planilla de cumplimiento del indicador de acuerdo con datos del reporte del sistema de información del Centro de atención Prehospitalaria y validada por el Servicio de Salud.		
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS			FÓRMULA DE CÁLCULO		
Objetivo 1 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Objetivo 1 y 3 del Formulario A1 de los Servicios de Salud			$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ de llamadas contestadas en menos de 10 segundos}}{\text{N}^\circ \text{ de llamadas totales contestadas}} \right) * 100$		

Orientaciones técnicas específicas del indicador:

No requiere orientaciones técnicas específicas.

Medio de verificación:

- Reporte del sistema de información del Centro de atención Prehospitalaria.

2.3 Porcentaje de llamadas contestadas en menos de 20 segundos

OBJETIVO DEL PROCESO	Velar por la oportunidad en la atención telefónica, según protocolo definido en los Centros de Atención Prehospitalaria, optimizando el tiempo de respuesta de llamados realizados por la población a los Servicios de Atención Médica de Urgencia (SAMU).				
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de llamadas contestadas en < 20 segundos de espera año t.				
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
	Número de llamadas contestadas en menos de 20 segundos	Esta variable muestra el tiempo de respuesta de los llamados realizados y que se contestan en menos de 20 segundos. Relevante debido a que es el tramo de espera con la más alta tasa de abandono.	TIPO DE INDICADOR	DIMENSIÓN DEL INDICADOR	A QUE ESTABLECIMIENTOS APLICA
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
	Número de llamadas totales contestadas	Esta variable muestra el total de llamadas contestadas por el Centro Regulador de Atención Prehospitalaria.	Producción	Calidad	Centros de Atención Prehospitalaria de Alta Complejidad
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN		
Porcentual	≥ 95%	Anual	Planilla de cumplimiento del indicador de acuerdo con datos del reporte del sistema de información del Centro de atención Prehospitalaria y validada por el Servicio de Salud.		
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS			FÓRMULA DE CÁLCULO		
Objetivo 1 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Objetivo 1 y 3 del Formulario A1 de los Servicios de Salud			$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ de llamadas contestadas en menos de 20 segundos}}{\text{N}^\circ \text{ de llamadas totales contestadas}} \right) * 100$		

Orientaciones técnicas específicas del indicador:

El objetivo de este indicador es optimizar el tiempo de respuesta de llamados realizados por la población a SAMU. El tiempo de respuesta óptimo está definido como < 20 segundos de espera máximo. Se excluyen las llamadas no contestadas.

Medio de verificación:

- Reporte del sistema de información del Centro de atención Prehospitalaria.

2.4 Entrega de indicaciones de Soporte Vital Básico de atención de pacientes por Reanimación Cardiopulmonar en Centros Reguladores de los Servicios de Atención Médica de Urgencia (SAMU), dependientes de los Servicios de Salud.

OBJETIVO DEL PROCESO	Velar por la entrega de atención Pre-Hospitalaria oportuna conforme a las actividades concernientes a los Servicios de Atención Médica de Urgencia.				
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de indicaciones de Soporte Vital Básico (BLS) realizadas por operador telefónico a solicitante en caso de Reanimación Cardiopulmonar (RCP)				
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
	Número de indicaciones de BLS realizadas por operador telefónico a solicitante en caso de RCP.	Corresponde al número de indicaciones de BLS que realizó el operador telefónico del Centro Regulador a solicitantes que requerían apoyo para realizar RCP en el año t.	TIPO DE INDICADOR	DIMENSIÓN DEL INDICADOR	A QUE ESTABLECIMIENTOS APLICA
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
Total de solicitudes telefónicas de atención de pacientes por RCP.	Corresponde al total de solicitudes telefónicas de atención de pacientes por RCP realizadas al Centro Regulador en el año t.	Producción	Calidad	Centros de Atención Prehospitalaria de Alta Complejidad	
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD		MEDIO DE VERIFICACIÓN	
Porcentual	≥ 80%	Anual		Planilla de cumplimiento del indicador de acuerdo con datos del reporte del sistema de información del Centro Regulador y validada por el Servicio de Salud.	
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS			FÓRMULA DE CÁLCULO		

Objetivo 1 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Objetivo 1 y 3 del Formulario A1 de los Servicios de Salud

(Nº de indicaciones de BLS realizadas por operador telefónico a solicitante en caso de RCP/ Nº total de solicitudes telefónicas de atención de pacientes por RCP) *100

Orientaciones técnicas específicas del indicador:

Un manejo adecuado de indicaciones de Soporte Vital Básico (BLS), permite disminuir la mortalidad y las secuelas que originan los paros cardíacos.

Este indicador tiene por objetivo velar por la entrega de atención Pre-Hospitalaria conforme a las actividades concernientes a los Servicios de Atención Médica de Urgencia (SAMU), de acuerdo, al protocolo existente, lo que permitirá minimizar los riesgos asociados a una adecuada reanimación cardiopulmonar.

Medio de verificación:

- Reporte del sistema de información del Centro de atención Prehospitalaria.

2.5 Traslado de pacientes según protocolo de sujeción y control hemodinámico realizado por Centros de Atención Prehospitalaria de Alta Complejidad, de los Servicios de Atención Médica de Urgencia (SAMU) dependientes de los Servicios de Salud

OBJETIVO DEL PROCESO	Asegurar el traslado de pacientes en condiciones de calidad y seguridad, mediante la aplicación de protocolo en los ámbitos de sujeción y control hemodinámico.				
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de pacientes trasladados de acuerdo a condiciones de seguridad protocolizadas (sujeción - control hemodinámico)				
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
	Número de pacientes trasladados de acuerdo a condiciones de seguridad protocolizadas (sujeción - control hemodinámico)	Corresponde a los pacientes trasladados de acuerdo a condiciones de seguridad protocolizadas (sujeción-control hemodinámico)	TIPO DE INDICADOR	DIMENSIÓN DEL INDICADOR	A QUE ESTABLECIMIENTOS APLICA
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
	Número total de pacientes trasladados	Corresponde al total de pacientes trasladados a un centro de atención hospitalaria	Producción	Calidad	Centros de Atención Prehospitalaria de Alta Complejidad
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					

UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN
Porcentual	≥ 80%	Anual	Planilla de cumplimiento del indicador de acuerdo con datos del reporte del sistema de información del Centro de atención Prehospitalaria y validada por el Servicio de Salud.
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS			FÓRMULA DE CÁLCULO
Objetivo 1 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Objetivo 1 y 3 del Formulario A1 de los Servicios de Salud			$(N^{\circ} \text{ pacientes trasladados de acuerdo a condiciones de seguridad protocolizada} / N^{\circ} \text{ total de pacientes trasladados}) * 100$

Orientaciones técnicas específicas del indicador:

El paciente crítico se encuentra a menudo en un ambiente clínico y fisiológico cambiante. La selección e interpretación de los parámetros a monitorizar son de utilidad solamente cuando van asociados a un razonamiento clínico de la condición del paciente, basado en los elementos de la historia clínica, examen físico y otros auxiliares diagnósticos. Es fundamental comprender que los monitores no son terapéuticos y que jamás deben separar al clínico del lado del paciente.

La monitorización hemodinámica del paciente crítico tiene cuatro propósitos básicos:

Alertar: Según la condición del paciente y el nivel de monitorización, le avisa al clínico cualquier deterioro en la función medida.

Diagnóstico continuo: Permite observar el comportamiento y cambios del paciente en una condición determinada.

Pronóstico: La observación de las tendencias en los parámetros observados en la evolución, ayuda a establecer pronóstico.

Guía terapéutica: Facilita la evaluación y corrección de las medidas terapéuticas implementadas.

La monitorización incluye tanto técnicas no invasivas como invasivas, que van desde la medición manual del pulso y presión arterial, hasta la medición del Débito Cardíaco (DC) y de las presiones intracardíacas mediante cateterizaciones.

El indicador tiene por objeto asegurar un traslado de pacientes en condiciones de calidad y seguridad, para lo cual se debe utilizar la medición de protocolo en los ámbitos de sujeción y control hemodinámico.

Medio de verificación:

- Reporte del sistema de información del Centro de atención Prehospitalaria.

3. Meta Sanitaria orientada a fortalecer las competencias laborales en los ámbitos del nuevo modelo de atención, sistema de garantías en salud, calidad de la atención y trato al usuario y mejoramiento de la gestión de la red asistencial

3.1 Fortalecer las competencias laborales en los ámbitos establecidos en la Estrategia Nacional de Salud para el periodo.

OBJETIVO DEL PROCESO	Fortalecer las competencias laborales en los ámbitos establecidos en la Estrategia Nacional de Salud para el periodo.				
NOMBRE DEL INDICADOR	Capacitación de funcionarios regidos por el Estatuto Administrativo, correspondiente a la Ley 18.834, capacitados en el año t, en al menos una actividad pertinente de los ejes estratégicos de la Estrategia Nacional de Salud.				
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INIDICADOR		
	Nº funcionarios capacitados año t	Nº de funcionarios capacitados durante el año t en al menos 1 actividad de capacitación pertinente a los ejes estratégicos de la ENS	TIPO DE INDICADOR	DIMENSIÓN DEL INDICADOR	A QUE ESTABLECIMIENTOS APLICA
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
	Nº total de funcionarios de la dotación	Nº total de funcionarios de la dotación regidos por el Estatuto Administrativo Ley 18.834.	Resultado	Eficacia	Servicios de Salud
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN		
Porcentual	≥50%	Trimestral	Reporte del Departamento de Capacitación y Desarrollo de Recursos Humanos de los Servicios de Salud		
OBJETIVOS ESTRATEGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS			FÓRMULA DE CÁLCULO		
Objetivo 3 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.			$(\text{N}^\circ \text{ funcionarios capacitados año t} / \text{N}^\circ \text{ total de funcionarios de la dotación año t}) * 100$		

Orientaciones técnicas específicas del indicador:

Se entenderá por funcionario capacitado, aquel que haya aprobado con nota igual o superior a cuatro (4,0), en al menos una (1) actividad vinculada a alguno de los Ejes Estratégicos, que sea pertinente al área de su desempeño, cuya duración sea igual o superior a 20 horas pedagógicas.

Los Objetivos Estratégicos son los definidos en el Plan Nacional de Salud (ENS) para el periodo.

Para este indicador se considerarán las actividades incorporadas tanto en el Programa Anual de Capacitación (PAC) aprobado para el presente año, como en el no PAC y en el Programa de Iniciativa Ministerial (PIM), ejecutadas en el año, que cuenten con el respectivo registro y cierre académico en el Módulo de Capacitación del SIRH.

La dotación a considerar para el indicador es la informada al mes de **marzo 2022**.

En caso que se declare disminución presupuestaria para la ejecución de actividades de capacitación, no disponer oportunamente de la plataforma de capacitación a distancia (SIAD), decreto de Alerta Sanitaria, o alguna eventualidad que represente alteraciones al trabajo de la red, se deben considerar atenuantes significativas al momento de evaluar el cumplimiento de este indicador.