



Subsecretaría de Redes Asistenciales
Gabinete
Departamento de Control de Gestión SRA



FIJA 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 ESTIMULOS POR DESEMPEÑO COLECTIVO.

RESOLUCIÓN EXENTA N° 735

Santiago, 29 SEP 2021

VISTOS: Lo dispuesto en el Decreto Fuerza de Ley N° 1 del año 2005, del Ministerio de Salud, que Fija el Texto Refundido, Coordinado y Sistematizado del Decreto Ley N° 2.763 de 1979, y de las Leyes N° 18.933 y N° 18.946; y en los artículos 83°, 85° y 86° de ese cuerpo legal; Decreto Supremo N° 136 del 2004 del Ministerio de Salud que fija Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud; Decreto N° 123 del 2004 que Aprueba Reglamento que Regula el Otorgamiento del Componente Asociado al Cumplimiento anual de Metas Sanitarias y Mejoramiento de la Atención Proporcionada a los Usuarios de las Asignaciones de Desarrollo y Estímulo al Desempeño Colectivo, y de Acreditación Individual y Estímulo al Desempeño Colectivo, conforme a lo señalado los Artículos N° 63 y 67 del Decreto Ley N° 2.763 de 1979; y lo previsto en la Resolución N° 10 de año 2017, de la Contraloría General de la República.

CONSIDERANDO:

1º Que el Ministerio de Salud debe fijar las metas sanitarias nacionales y los objetivos de mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios de los Servicios de Salud.

2º Que para el personal de las Plantas de Auxiliares, Administrativos y Profesionales de los Servicios, regidos por la Ley 18.834 se ha establecido una asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo, y una asignación de acreditación Individual y Estímulo al Desempeño Colectivo, cuyo otorgamiento, en su componente variable, está asociado al cumplimiento de las Metas Sanitarias y de Mejoramiento de la Atención proporcionada a los usuarios de los Servicios de Salud, fijadas para cada año.

3º Que las Metas Sanitarias y los objetivos de mejoramiento de la atención que se otorga a los usuarios, y sus indicadores, se elaboran coordinadamente con las Divisiones de la Subsecretaría de Redes Asistenciales y el Departamento de Control de Gestión de esta, según da cuenta el memo C16 N° 18 del 04 de junio de 2021.

4º Que el cumplimiento de las metas específicas, fijadas para el año 2022, en los porcentajes correspondientes, otorga a los funcionarios de los establecimientos dependientes de los Servicios de Salud y de su Dirección, regidos por la Ley 18.834, el derecho a percibir el porcentaje respectivo del componente variable de dichas asignaciones.

5º Que, en mérito de los antecedentes expuestos, dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN

1º Fijase para el año 2022, las Metas Sanitarias Nacionales y los objetivos de mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios de los Servicios de Salud, que a continuación se indican:

- I. **Objetivos de Mejoramiento de la Atención de la Gestión 2022 Servicios de Salud y Establecimientos de la Red Asistencial.**
1. Mejorar el nivel de salud de la población, anticipándose a los problemas sanitarios mediante estrategias de promoción y prevención, y garantizar una atención médica oportuna y de calidad cuando ésta se requiera:
 - a. Reducir la prevalencia de aquellas enfermedades prevenibles a través del control de sus factores de riesgo.
 - b. Contribuir a satisfacer las necesidades de atención médica de la población y procurar una atención resolutive.
 - c. Mejorar la calidad de la atención, de la actividad quirúrgica y de hospitalización en los establecimientos de los Servicios de Salud, por medio de la revisión permanente de prácticas de trabajo, prevención, control y eficacia en el uso de los recursos.
 2. Mejorar las intervenciones clínicas, especialmente en áreas de apoyo diagnóstico y clínico terapéutico, para entregar una mejor calidad en los servicios asistenciales.
 3. Fortalecer la coordinación, el desarrollo y gestión de la red asistencial de los Servicios de Salud y cumplir el Régimen de Garantías en Salud conforme a la legislación vigente en la materia.
 4. Fortalecer las competencias laborales en los ámbitos del nuevo modelo de atención, sistema de garantías en salud, calidad de la atención, trato al usuario y mejoramiento de la gestión de la red asistencial.

II. Metas Sanitarias 2022 Servicios de Salud y Establecimientos de la Red Asistencial

1. Metas Sanitarias Establecimientos 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 años y más			
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
	Numerador: Nº de personas con DM2 con hemoglobina glicosilada compensada en los últimos 12 meses	Nº de personas con DM2 de 15 a 79 años con hemoglobina glicosilada bajo 7% más Nº 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	Calidad	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		
Porcentual	≥45%	Una evaluación al año	REM P04, Sección A y B		
OBJETIVOS ESTRATEGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS			FÓRMULA DE CÁLCULO		
Objetivo 1 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales			$\left(\left(\text{N}^{\circ} \text{ de personas con DM2 de 15 a 79 años con hemoglobina glicosilada bajo 7\% según último control vigente en los últimos 12 meses} \right) + \left(\text{N}^{\circ} \text{ de personas con DM2 de 80 años y más años con hemoglobina glicosilada bajo 8\%, según último control vigente en los últimos 12 meses} \right) \right) / \text{Total de personas diabéticas de 15 años y más bajo control en el nivel primario} \times 100$		

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 años y más con diabetes bajo control			
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
	Numerador: 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			
Denominador: Total de personas diabéticas de 15 años y más bajo control en el nivel primario	Corresponde a la población bajo control del Programa de Salud Cardiovascular	Resultado intermedio	Calidad	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
Porcentual	≥90%	Una evaluación al año	REM P04, Sección A y C
OBJETIVOS ESTRATEGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS			FÓRMULA DE CÁLCULO
Objetivo 1 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales			$(\text{N}^\circ \text{ de personas con DM2 bajo control de 15 y más años con una evaluación de pie vigente en el año } t / \text{N}^\circ \text{ total de personas diabéticas de 15 años y más bajo control en el nivel primario}) * 100$

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 años y más				
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
	Numerador: N° de personas con HTA con presión arterial compensada en los últimos 12 meses	N° de personas con HTA de 15 a 79 años con presión arterial bajo 140/90 mmHg más N° 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	Resultado intermedio	Calidad	Establecimientos de atención primaria dependiente de Servicios de Salud (incluye hospitales de baja complejidad)
	Denominador: Total de personas hipertensas de 15 años y más bajo control en el nivel primario	Corresponde a la población bajo control del Programa de Salud Cardiovascular			

INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR			
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN
Porcentual	≥68%	Una evaluación al año	REM P04, Sección A y B
OBJETIVOS ESTRATEGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS			FÓRMULA DE CÁLCULO
Objetivo 1 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales			$((\text{N}^\circ \text{ de personas con HTA de 15 a 79 años con presión arterial bajo 140/90 mmHg, según último control vigente en los últimos 12 meses}) + (\text{N}^\circ \text{ de personas con HTA de 80 años y más con presión arterial bajo 150/90 mmHg, según último control vigente en los últimos 12 meses})) / \text{N}^\circ \text{ total de personas hipertensas de 15 y más años bajo control en el nivel primario}) * 100$

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 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.	Eficacia	Resultado	Hospitales con maternidad y que presentan partos durante el año
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			$\left(\frac{\text{Total de egresos de maternidad con lactancia materna exclusiva}}{\text{Total de egresos de maternidad menos egresos de maternidad con informe de justificación validados por el referente técnico de lactancia materna de la SEREMI de salud y menos niños de madres con VIH + o HTLV1}} \right) * 100$		

1.5. Atención Ambulatoria de Consultas de Profesionales no Médicos

OBJETIVO DEL PROCESO	Dar respuesta a los requerimientos sanitarios de la población beneficiara, 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.			$(N^{\circ} \text{ de consultas de profesionales no médicos realizadas en el año } t / N^{\circ} \text{ Total de consultas de profesionales no médicos programadas y validadas en el año } t) \times 100$

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			$(N^{\circ} \text{ de pacientes categorizados según herramienta ESI en UEH de establecimientos de alta y mediana complejidad en el año } t / N^{\circ} \text{ Total de pacientes con consultas de urgencia realizadas en UEH de establecimientos de alta y mediana complejidad en el año } t.) \times 100$		

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			
	D- VARIABLE 4	DESCRIPCIÓN VARIABLE 4	Resultado	Eficiencia	Alta, mediana y baja complejidad	
	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			$\left(\frac{\text{N}^{\circ} \text{ DC Categorizados de Camas que se Categorizan de lunes a domingo} + \text{N}^{\circ} \text{ DC Categorizados en Camas que se Categorizan de lunes a viernes}}{\text{N}^{\circ} \text{ DC Ocupados categorizables de lunes a domingo} + \text{N}^{\circ} \text{ DC Ocupados categorizables de lunes a viernes}} \right) * 100$			

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.		
	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR

FÓRMULA 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 + Garantías Incumplidas No Atendidas + Garantías Retrasadas Acumuladas	Corresponden al total de garantías de oportunidad cumplidas, exceptuadas, incumplidas atendidas e incumplidas no atendidas con fecha límite en el año t. Además, total de garantía de oportunidad retrasadas acumuladas.	Resultado	Eficiencia	Alta, mediana y baja complejidad
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			$\left[\frac{\text{Garantías Cumplidas} + \text{Garantías Exceptuadas} + \text{Garantías Incumplidas Atendidas}}{\text{Garantías Cumplidas} + \text{Garantías Exceptuadas} + \text{Garantías Incumplidas Atendidas} + \text{Garantías Incumplidas No Atendidas}} \right] \times 100$		

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	Proceso	Eficacia	Establecimientos con UEH que realizan hospitalizaciones adulto y pediátricas (excluida obstétrica)
	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)			
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			$\left[\frac{\text{N}^{\circ} \text{ Total de pacientes con indicación de hospitalización que espera en UEH } t' < 12 \text{ horas para acceder a cama de dotación en año } t}{\text{N}^{\circ} \text{ total de pacientes con indicación de Hospitalización en UEH en año } t} \right] \times 100$		

2. Metas Sanitarias y de Mejoramiento de la Gestión 2022 Servicio de Atención Médica de Urgencia (SAMU), que cuente 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	Producción	Calidad	Centros de Atención Prehospitalaria de Alta Complejidad
	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 por el usuario, antes de 3 segundos de espera.			
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		$\left[\frac{\text{N}^\circ \text{ de llamadas contestadas totales}}{\text{N}^\circ \text{ de llamadas totales entrantes a la PBX 131 - llamadas abandonadas por el usuario antes de 3 segundos de espera}} \right] * 100$			

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	Producción	Calidad	Centros de Atención Prehospitalaria de Alta Complejidad
	Número de llamadas totales contestadas	Esta variable muestra el total de llamadas contestadas por el Centro Regulador de Atención Prehospitalaria.			
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			(Nº de llamadas contestadas en menos de 10 segundos / Nº de llamadas totales contestadas) *100

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			(Nº de llamadas contestadas en menos de 20 segundos / Nº de llamadas totales contestadas) *100		

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	Corresponde al número de indicaciones de BLS que realizó el operador telefónico del Centro Regulador a solicitantes	TIPO DE INDICADOR	DIMENSIÓN DEL INDICADOR	A QUE ESTABLECIMIENTOS APLICA

	solicitante en caso de RCP.	que requieran apoyo para realizar RCP en el año t.			
	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			$\left(\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de indicaciones de BLS realizadas por operador telefónico a solicitante en caso de RCP} / \text{N}^{\circ} \text{ total de solicitudes telefónicas de atención de pacientes por RCP}}{100} \right) * 100$		

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			$\left(\frac{\text{N}^{\circ} \text{ pacientes trasladados de acuerdo a condiciones de seguridad protocolizada}}{\text{N}^{\circ} \text{ total de pacientes trasladados}} \right) * 100$		

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 INDICADOR		
	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.			$(\text{N}^\circ \text{ funcionarios capacitados año t} / \text{N}^\circ \text{ total de funcionarios de la dotación año t}) * 100$		

2° DETERMÍNESE por el director de cada Servicio de Salud las metas específicas para los establecimientos de su dependencia, incluida la Dirección de Servicio, así como los indicadores que les sean aplicables en función de su cartera de servicios y complejidad del mismo, en concordancia con las áreas prioritarias y objetivos establecidos en el numeral precedente, lo que deberá formalizarse a través de acto administrativo exento, enviado a la Secretaría Regional Ministerial de Salud respectiva.

3° La Secretaría Regional Ministerial respectiva, evaluará el cumplimiento de las metas específicas y determinará su grado de cumplimiento, de acuerdo con la información proporcionada por cada Servicio de Salud.

4° Si algún establecimiento dependiente de un Servicio de Salud no le fueren aplicables al menos cuatro metas de las definidas en la presente resolución, el director del Servicio podrá definir las metas necesarias para enterar cuatro, que es el mínimo exigido por la normativa que regula este incentivo. Dichas metas deberán estar enmarcadas en las prioridades sanitarias o en el mejoramiento de la atención de los usuarios del respectivo establecimiento.

5° SEÑÁLESE, que aquellos Servicios de Salud que, en su conjunto, durante el año 2021, presentaron en alguno(s) de los indicadores de desempeño del presente acto, un valor por sobre la meta fijada para el mismo año, deberán a lo menos mantener dicha cifra base según corresponda, salvo en el indicador de Capacitación cuyo valor máximo será la meta fijada para el año 2022. Para aquellos indicadores nuevos, deberán suscribirse las metas máximas fijadas en la presente resolución, a menos que, el Servicio de Salud justifique fundadamente un compromiso menor a la meta nacional, no pudiendo aludir problemas de gestión interna para suscribir una meta inferior, en cuyo caso, la SEREMI de Salud deberá resolver la pertinencia de una meta inferior a la meta nacional con apoyo del Nivel Central si lo estima conveniente.

6º DEFINANSE, ponderadores para cada una de las metas de gestión, cuya valorización mínima debe ser un 10% y máxima 30%. En todo caso la sumatoria de todos los ponderadores debe totalizar 100%.

Las ponderaciones deberán guardar relación con la relevancia de la meta para el establecimiento y el grado de dificultad de su cumplimiento. Para que proceda la aplicación del ponderador correspondiente respecto de cada meta de gestión, ésta deberá haberse cumplido a lo menos en un 60%.

7º DECLÁRESE, para efecto de esta resolución, que se entenderá por establecimiento las siguientes dependencias de los Servicios de Salud: Dirección del Servicio de Salud, Hospitales, Institutos, Centros de Diagnóstico Terapéutico, Centros de Referencia de Salud, Centros de Sangre Dirección de Atención Primaria, Consultorios y Postas Rurales.

El director del Servicio de Salud podrá disponer de modo fundado que los Centros de Diagnóstico Terapéutico, los Centros de Referencia de Salud y los Centros de Sangre se consideren como un solo establecimiento al que se encuentre adosados. En igual forma procederá respecto de los consultorios y postas rurales del respectivo Servicio de Salud, con el Departamento de Atención Primaria.

8º DECLÁRESE que el cumplimiento de las metas específicas fijadas por los Directores de los Servicios de Salud a los establecimientos de salud de su dependencia y a la Dirección del Servicio, debidamente comprobado, dará derecho a percibir, a los funcionarios que tengan la calidad de beneficiarios de las asignaciones establecidas en los artículos 83º, 84º y 86º del DFL N°1 del 2005, que Fija el Texto Refundido, Coordinado y Sistematizado del Decreto Ley N°2.763 de 1979, del Ministerio de Salud, el porcentaje respectivo del componente asociado al cumplimiento anual de metas sanitarias y al mejoramiento de la atención a los usuarios, según se indica a continuación:

- a) En establecimientos con porcentaje de cumplimiento de las metas anuales mayor o igual a 90%: porcentaje a pagar por el componente asociado al cumplimiento de las metas 2022, a cancelar durante el año 2023:

<i>Plantas</i>	<i>Porcentaje</i>
Directivos de Carrera entre los Grados 17º y 11º	Hasta 7,5%
Profesionales	Hasta 7,5%
Técnicos	Hasta 11,5%
Administrativos	Hasta 11,5%
Auxiliares	Hasta 11,5%

- b) En establecimientos con porcentaje de cumplimiento de las metas anuales mayor o igual a 75% y menor a 90%: porcentaje a pagar por el componente asociado al cumplimiento de las metas 2022, a cancelar durante el año 2023:

<i>Plantas</i>	<i>Porcentaje</i>
Directivos de Carrera entre los Grados 17º y 11º	Hasta 3,75%
Profesionales	Hasta 3,75%
Técnicos	Hasta 5,75%
Administrativos	Hasta 5,75%
Auxiliares	Hasta 5,75%

- c) En establecimientos con porcentaje de cumplimiento de las metas anuales menor a 75%: porcentaje a pagar por el componente asociado al cumplimiento de las metas 2022, a cancelar durante el año 2023 es igual a 0%

El porcentaje de cumplimiento global que determine el tramo respectivo del establecimiento se calculará multiplicando el porcentaje de cumplimiento de cada indicador por la ponderación asignada, sumándose luego, cada uno de los resultados parciales. El cumplimiento global con decimales iguales y superior a cinco deberán ser redondeados al número superior directo. La sumatoria de los resultados parciales solo debe incluir aquellos resultados en que el porcentaje de cumplimiento de cada meta específica sea mayor o igual al 60%.

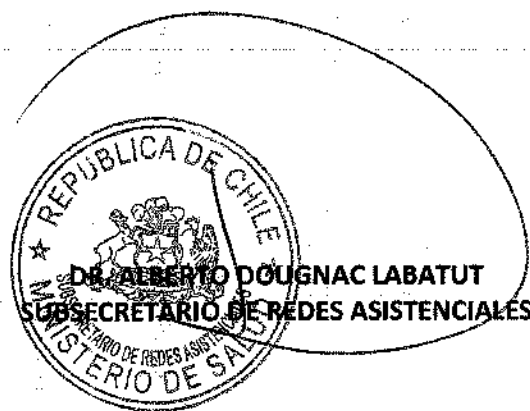
9° SEÑÁLESE Los Servicios de Salud podrán justificar el incumplimiento de los indicadores comprometidos, por motivos de causa externa.

El análisis de causa externa que invoque un Servicio para justificar el incumplimiento de un objetivo de gestión se realizará en función del mérito de cada caso, debiendo estar fundamentado el efecto que el factor externo tiene en dicho incumplimiento. Asimismo, deberá cuantificar la incidencia del factor externo, o efectuar una aproximación si aquello no fuere factible.

Sólo se considerará en el análisis del incumplimiento de un objetivo de gestión, la existencia de causas externas calificadas y no previstas que limiten seriamente el logro de los objetivos de gestión, tales como hechos fortuitos comprobables, pandemia, catástrofes y cambios de legislación, como también las reducciones presupuestarias externas al Ministerio de Salud, siempre que afectaren ítems relevantes para el cumplimiento.

10° CORRESPONDERÁ a la Subsecretaría de Redes Asistenciales y sus referentes técnicos, entregar las orientaciones, pronunciamientos y especificaciones necesarias para el correcto monitoreo y cumplimiento de las referidas metas.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE



Distribución:

- Directores/as de Servicios de Salud del País
- SEREMIS de Salud del País.
- Subdirectores/as de Recursos Humanos, Servicios de Salud del país.
- Gabinete Sr. Ministro.
- Gabinete Sr. Subsecretaría de Salud Pública.
- Gabinete Sr. Subsecretario de Redes Asistenciales
- División de Gestión de Redes Asistenciales.
- División de Atención Primaria
- División de Gestión y Desarrollo de las Personas.
- Oficina de Partes MINSAL.

N



DOCUMENTO TÉCNICO

**INFORMES DE JUSTIFICACIÓN CAMBIOS
METAS 2022**

**PROCESO DE FORMULACIÓN METAS
SANITARIAS LEY 18.834**

Metas de Desempeño Institucional, Decreto Supremo Nº 123 del 2004

DEPARTAMENTO DE CONTROL DE GESTION
Gabinete Subsecretaría de Redes Asistenciales

ANTECEDENTES

Las Metas de Desempeño Institucional, para funcionarios regidos por el Estatuto Administrativo de la Ley N° 18.834 de los establecimientos dependientes de los Servicios de Salud, corresponden a metas sanitarias específicas medidas a través de indicadores de actividad de cumplimiento anual.

Estas metas son establecidas mediante resolución del Subsecretario de Redes Asistenciales, las que posteriormente son remitidas a los Servicios de Salud. El Director de cada Servicio de Salud establece, para cada uno de los establecimientos, las metas específicas y los indicadores de actividad que permitirán la medición de las metas alcanzadas.

Para los compromisos de esta Ley, su proceso de Formulación se rige por el Decreto N° 123/2004 que Aprueba Reglamento que Regula el Otorgamiento del Componente Asociado al Cumplimiento Anual de Metas Sanitarias y Mejoramiento de la Atención Proporcionada a los Usuarios de las Asignaciones de Desarrollo y Estimulo al Desempeño Colectivo, y de Acreditación Individual y Estimulo al Desempeño Colectivo, Conforme a lo señalado los artículos 63 y 67 del Decreto Ley N° 2.763 de 1979. En su Título III, Procedimiento de Determinación de Metas, Artículo N° 8° se establece que: *"El Ministerio de Salud fijará, antes del 10 de septiembre de cada año, las metas sanitarias nacionales para el año siguiente y los objetivos de mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios de cada uno de los Servicios de Salud. Las metas sanitarias y las de mejoramiento de la atención, serán establecidas mediante resolución del Subsecretario de Redes Asistenciales, la que se remitirá a los Servicios de Salud a más tardar en el plazo de cinco días hábiles contado desde la fecha de su total tramitación. Para estos efectos, deberán considerarse las áreas prioritarias de mejoramiento de la gestión y los objetivos globales o compromisos que deberán cumplirse durante el año calendario siguiente por los Servicios de Salud, de conformidad con lo dispuesto en el inciso primero del artículo 4° del decreto supremo N° 849, de 2001, del Ministerio de Salud"*.

En este contexto, a través del ordinario N° 18 del 04 de junio de 2021, se solicitó a los equipos técnicos el levantamiento de los objetivos, prioridades e indicadores para el año 2022, donde en la eventualidad de presentar cambios en los indicadores 2021 para el año 2022, se requirió acompañar un respectivo **informe de justificación técnica**. Lo anterior, con el objetivo de conocer las razones y alcances de cambios en los indicadores, que hacen necesario estos ajustes para el siguiente periodo.

La Subsecretaria de Redes Asistenciales, a través de las referencias técnicas de sus respectivas divisiones, presentó una propuesta de 15 indicadores. De estos compromisos, 5 de ellos presentan Informes de justificación técnica, basados en diferentes aspectos, entre ellos, cambios de metas, ajustes en la descripción de variables, cambios en fórmula de cálculo, entre otros.

Por lo anterior, el presente documento técnico tiene como propósito presentar los informes de justificación técnica que acompañan la propuesta de Resolución y compromisos para el año 2022:

INDICADOR:**PORCENTAJE DE EGRESOS DE MATERNIDAD CON LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA****JUSTIFICACIÓN:**

Para el año 2022 se realiza precisión del denominador en la fórmula de cálculo del indicador, puesto que, por error involuntario, no estaban considerados en la variable 2; los lactantes que tienen incompatibilidad para recibir lactancia materna exclusiva al momento del alta de la maternidad.

De esta manera, para el cálculo del total de egresos de la maternidad con lactancia materna exclusiva, en relación al total de egresos que debiesen recibir lactancia materna exclusiva, en el denominador se deberán descontar:

De los egresos totales de maternidad, los hijos/as de madres con VIH + o HTLV1 y aquellos casos que tengan informe de justificación, emitido por el médico que indicó la fórmula láctea, el cual debe ser validado por el referente de lactancia materna de la SEREMI de salud, con el objetivo de incentivar la indicación de lactancia materna exclusiva y restringir la indicación de fórmula láctea sólo a los casos debidamente justificados.

ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN (División/Departamento)

Departamento gestión del cuidado/División Atención Primaria

INDICADOR:

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE PROGRAMACIÓN DE CONSULTAS DE PROFESIONALES DE NO MÉDICOS DE ESTABLECIMIENTOS DE LA RED

JUSTIFICACIÓN:

Se modifica "A qué establecimientos aplica" y el alcance ampliando la red de establecimientos agregando los establecimientos de baja complejidad, experimentales y COSAM, dado que la programación validada por Minsal incluye a los profesionales no médicos de dichos establecimientos.

Dado lo anterior el nombre del indicador cambia a **Porcentaje De Cumplimiento De Programación De Consultas De Profesionales No Médicos De Establecimientos De La Red.**

ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN (División/Departamento)

Control de Gestión DIGERA

INDICADOR:

PORCENTAJE DE CATEGORIZACIÓN DE PACIENTES EN NIVELES DE RIESGO DEPENDENCIA

JUSTIFICACIÓN:

En relación a la meta de categorización de pacientes hospitalizados con instrumento CUDYR, se reformula para el año 2022:

Se mantiene archivo de confección manual tanto para los registros de las variables A, C y B, D, dado que la información que se registra en REM correspondiente a los Días Camas Ocupados no discrimina si los datos entregados corresponden a las variables definidas de lunes a domingo y lunes a viernes, por lo tanto, se generará y entregará una planilla de **Categorización de pacientes por Riesgo-dependencia** para el informe de este indicador.

Dado lo anterior, las variables y la descripción de las variables se modifican de tal manera de especificar con claridad el indicador.

Lo anterior está orientado a mantener la aplicación de la herramienta de gestión CUDYR con la finalidad de aplicar mejoras considerando los siguientes criterios:

1. Mejorar la gestión del proceso de hospitalización en las diferentes unidades funcionales.
2. Identificar los perfiles de los pacientes categorizados por riesgo dependencia.
3. Mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones otorgadas a las personas, a través de la correcta aplicación de los criterios de ingreso a Unidades Críticas.
4. Fortalecer la planificación de atención de enfermería.
5. Hacer más eficiente el uso del RR. HH, para la atención de pacientes en todas las Unidades.

ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN (División/Departamento)

Control de Gestión DIGERA

INDICADOR:

PORCENTAJE DE GESTIÓN EFECTIVA PARA EL CUMPLIMIENTO GES EN LA RED.

JUSTIFICACIÓN:

La meta asociada al Indicador de Garantías Explícitas de Salud busca medir el porcentaje de cumplimiento en la Gestión Efectiva, para los problemas de Salud incluidos en el decreto GES vigente en el período a evaluar.

Las modificaciones a esta meta se reflejan en la definición de las variables, eliminando el concepto de garantías de oportunidad activadas en el año t, por el concepto de garantías de oportunidad retrasadas acumuladas, precisando a los establecimientos los datos a considerar para la evaluación de la meta al año 2022, con la finalidad de intencionar junto con al volumen la resolución de la antigüedad. Cabe señalar que el retraso, mientras más antiguo, mayor es el incumplimiento en la oportunidad y mayor la probabilidad de secuelas para los pacientes.

Por lo anterior, queda la siguiente fórmula de cálculo del indicador para el año 2022:

$$\left[\frac{\text{Garantías Cumplidas} + \text{Garantías Exceptuadas} + \text{Garantías Incumplidas Atendidas}}{\text{Garantías Cumplidas} + \text{Garantías Exceptuadas} + \text{Garantías Incumplidas Atendidas} + \text{Garantías Incumplidas No Atendidas} + \text{Garantías Retrasadas acumuladas}} \right] * 100$$

Además, se corrige la descripción de la variable 1, dado que no incluía las garantías exceptuadas.

Servicio de Salud	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total general	%
ARAUCANIA SUR				5	39	2.305	2.533	4.839	10,60%
VALPARAISO SAN ANTONIO			4	11	73	1.053	2.216	3.497	7,51%
METROPOLITANO OCCIDENTE				1	12	574	1.345	1.932	4,23%
VINA DEL MAR QUILLOTA				4	77	1.441	1.804	3.326	7,23%
METROPOLITANO NORTE				1	25	567	2.410	3.003	6,52%
NUBLE					1	1.725	1.035	2.760	5,99%
DEL MAULE		1	1	1	7	375	1.222	2.577	5,59%
VALDIVIA					54	973	1.452	2.499	5,42%
METROPOLITANO SURORIENTE				2	40	772	1.531	2.445	5,31%
LIBERTADOR B. O'HIGGINS	1			11	37	542	1.355	2.086	4,53%
COQUIMBO						953	1.101	2.054	4,46%
BIOBIO					2	972	379	1.353	2,92%
METROPOLITANO CENTRAL			2	9	54	502	1.012	1.579	3,43%
CONCEPCION				2	37	555	599	1.223	2,67%
TALCAHUANO					1	565	744	1.310	2,85%
ACONCAGUA				2	1	575	524	1.203	2,61%
ARAUCANIA NORTE						423	477	900	1,96%
METROPOLITANO SUR					13	213	572	898	1,95%
DEL RECONCAY				1	15	245	455	750	1,63%
CHILE						254	335	722	1,57%
AYSEN					4	131	332	537	1,17%
METROPOLITANO ORIENTE				1	2	221	253	483	1,05%
ANTOFAGASTA					3	425	335	484	1,05%
ARAUCO				3	6	214	211	434	0,94%
ATACAMA						195	212	407	0,88%
MAGALLANES					1	156	205	369	0,79%
OSORNO						80	215	298	0,65%
LIQUICHE				2	6	20	95	123	0,27%
ARICA							1	1	0,00%
Total general	1	1	7	59	520	17.664	27.829	46.081	100,00%

La tabla anterior refleja los retrasos acumulados de años anteriores.

ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN (División/Departamento)
Control de Gestión DIGERA

INDICADOR:

PORCENTAJE DE HOSPITALIZACIÓN DESDE LAS UNIDADES DE EMERGENCIA HOSPITALARIA (UEH).

JUSTIFICACIÓN:

La meta asociada al Indicador de Hospitalización desde la UEH, elimina las celdas del informe REM en la "descripción de la variable 2" y en el "medio de verificación", dado que éstas pueden variar de un año con otro. Sin embargo, se deja el antecedente del REM y en las orientaciones técnicas de esta meta se especificarán las rutas específicas.

ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN (División/Departamento)

Control de Gestión DIGERA