

INDICADORES DE DESEMPEÑO AÑO 2024
PROYECTO DE LEY DE PRESUPUESTOS 2024

MINISTERIO	MINISTERIO DE SALUD	PARTIDA	16
SERVICIO	SERVICIOS DE SALUD	CAPÍTULO	03

1. INDICADORES DE DESEMPEÑO DE CONTINUIDAD

Objetivo Estratégico al que se Vincula	Variable de Medición Asociada al Objetivo Estratégico	Indicador	Fórmula de Cálculo	Efectivo 2021	Efectivo 2022	Estimado 2023	Estimado 2024	Notas
Distribuir capacidades en el Servicio de Salud y su red asistencial con el fin de avanzar en el cuidado integral de los habitantes de sus comunidades con enfoque de Genero, derechos humanos, perspectiva territorial, teniendo presente el principio de igualdad de todos quienes habitamos el territorio nacional, generando un modelo eficiente de tiempos de espera para la resolución de los problemas de salud que aquejan a los habitantes de su territorio.	Evaluar la capacidad de gestión de la red asistencial a través de la resolución de pacientes gestionados por la unidad centralizada de camas críticas, en el sector público de salud.	<i>Eficacia/Producto</i> 1. Porcentaje de derivaciones de hospitalización en cama crítica resueltos exitosamente que son ubicados en camas críticas del sector público respecto del total de derivaciones de hospitalización en cama crítica resueltos exitosamente.	(N° de derivaciones de hospitalización en cama crítica resueltos exitosamente que son ubicados en camas críticas del sector público/N° de derivaciones de hospitalización en cama crítica resueltos exitosamente) * 100	52.40 % (5698.00 / 10866.00)*100	46.10 % (3625.00 / 7871.00)*100	44.80 % (3542.00 / 7899.00)*100	40.00 % (2699.20 / 6748.00)*100	1

<p>Fortalecer la Atención Primaria dependiente del Servicio de Salud como piedra angular de la estrategia nacional de salud, manteniendo acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos a lo largo del curso de vida de las personas, con enfoque de género y de derechos, teniendo siempre presente el principio de igualdad entre todos quienes habitamos el territorio, reforzando su rol como coordinador de los cuidados de la comunidad, en todos los niveles y establecimientos del Servicio de Salud y el intersector.</p>	<p>Número de pacientes diabéticos bajo control con evaluación del pie vigente en el grupo de 15 años y más en Atención Primaria de Salud</p>	<p><u>Eficacia/Producta</u></p> <p>2. Porcentaje de pacientes diabéticos bajo control con evaluación del pie vigente* en el grupo de 15 años y más en el nivel primario año t</p>	<p>(N° de pacientes diabéticos bajo control con evaluación del pie vigente en el grupo de 15 años y más en el nivel primario año t /Total de pacientes diabéticos bajo control del grupo de 15 años y más en el nivel primario año t) *100</p>	<p>63.20 % (534956.00 / 846709.00)*100</p>	<p>76.80 % (735268.00 / 956976.00)*100</p>	<p>64.30 % (569025.00 / 884954.00)*100</p>	<p>64.30 % (631464.00 / 982059.00)*100</p>	<p>2</p>
<p>Distribuir capacidades en el Servicio de Salud y su red asistencial con el fin de avanzar en el cuidado integral de los habitantes de sus comunidades con enfoque de Género, derechos humanos, perspectiva territorial, teniendo</p>	<p>Evaluar la resolución de los tiempos de espera para intervenciones quirúrgicas en la red asistencial, con foco en los casos con mayor antigüedad de espera.</p>	<p><u>Eficacia/Resultado Intermedio</u></p> <p>3. Porcentaje de casos registrados al 31 de diciembre año t que se mantiene en lista de espera quirúrgica con fecha de ingreso anterior o igual al 31 de diciembre de t-2 en relación a casos en lista de espera quirúrgica con fecha de ingreso anterior</p>	<p>(N° de casos en lista de espera quirúrgica con fecha de ingreso anterior o igual al 31 de diciembre de t-2 registrados al 31 de diciembre t en SIGTE/N° de casos en lista de espera quirúrgica con fecha de ingreso anterior o igual al 31 de diciembre de</p>	<p>67.50 % (130651.00 / 193478.00)*100</p>	<p>43.90 % (82494.00 / 187743.00)*100</p>	<p>60.00 % (89761.20 / 149602.00)*100</p>	<p>60.00 % (79313.00 / 132188.00)*100</p>	<p>3</p>

presente el principio de igualdad de todos quienes habitamos el territorio nacional, generando un modelo eficiente de tiempos de espera para la resolución de los problemas de salud que aquejan a los habitantes de su territorio.			t-2 registradas al 31 de diciembre de t-1 en SIGTE)*100					
Fortalecer la institucionalidad a través de la gestión por procesos, buscando hacer un uso eficiente de los recursos disponibles para el Servicios de Salud, con la finalidad de aumentar su cobertura y equidad en la entrega de prestaciones de salud, con enfoque de genero y énfasis en el acceso a medicamentos desde la mirada financiera y logística, con foco en sus comunidades, territorio y quienes lo habitan.	Ingresos de Operación Percibidos en el año t	<u>Economía/Proceso</u> 4. Porcentaje de Recuperación de los Ingresos de Operación año t	(Ingresos de Operación Percibidos en el año t/Ingresos de Operación Devengados en el año t)*100	79.20 % (183891623.00 / 232128013.00)*100	76.00 % (196804502.00 / 259065476.00)*100	79.20 % (152089000.00 / 192046700.00)*100	82.60 % (127992816.00 / 154927363.00)*100	4
Fortalecer la Atención Primaria dependiente del Servicio de Salud como piedra angular de la estrategia nacional	Número de personas hipertensas de 15 años y más con PA adecuado de acuerdo a su rango de edad según último control vigente (últimos 12 meses) en Atención	<u>Eficacia/Resultado Intermedio</u> 5. Cobertura Efectiva de Hipertensión Arterial (HTA) en Personas de 15 años y más.	(N° personas hipertensas de 15 a 79 años con PA <140/90 mmHg más N° personas hipertensas de 80 y más años con	31.03 % (912430.00 / 2940624.00)*100	30.40 % (1011864.00 / 3328324.00)*100	38.50 % (1369343.00 / 3556735.00)*100	38.50 % (1408690.00 / 3658936.00)*100	5

de salud, manteniendo acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos a lo largo del curso de vida de las personas, con enfoque de género y de derechos, teniendo siempre presente el principio de igualdad entre todos quienes habitamos el territorio, reforzando su rol como coordinador de los cuidados de la comunidad, en todos los niveles y establecimientos del Servicio de Salud y el intersector.	Primaria de la Salud		PA<150/90 mmHg, según último control vigente (últimos 12 meses)/Total de personas hipertensas de 15 y más años estimadas según prevalencia)*100					
Fortalecer la Atención Primaria dependiente del Servicio de Salud como piedra angular de la estrategia nacional de salud, manteniendo acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos a lo largo del curso de vida de las personas, con enfoque de género y de derechos.	Número de personas con DM2 de 15 años y más con Hb A1c adecuado de acuerdo a su rango de edad según último control vigente (últimos 12 meses) en Atención Primaria de la Salud.	<i>Eficacia/Resultado Intermedio</i> 6. Cobertura Efectiva de Diabetes Mellitus Tipo 2 en personas de 15 y más años.	(N° personas con DM2 de 15 a 79 años con Hb A1c <7% más N° personas con DM2 de 80 y más años con Hb A1c bajo <8% según último control vigente (últimos 12 meses)/Total de personas con DM2 de 15 y más años estimadas según prevalencia)*100	18.34 % (239455.00 / 1305505.00)*100	23.77 % (350498.00 / 1474372.00)*100	28.80 % (452898.00 / 1572561.00)*100	28.80 % (465918.00 / 1617770.00)*100	6

<p>teniendo siempre presente el principio de igualdad entre todos quienes habitamos el territorio, reforzando su rol como coordinador de los cuidados de la comunidad, en todos los niveles y establecimientos del Servicio de Salud y el intersector.</p>								
--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. INDICADORES DE DESEMPEÑO NUEVOS AÑO 2024

Servicio no formula Indicadores nuevos 2024.

3. INDICADORES DE DESEMPEÑO SOLICITADOS POR EL SERVICIO A ELIMINAR DEL FORMULARIO H

Servicio no solicita eliminar Indicadores del formulario H.

* El Indicador se encuentra en revisión en el marco de la formulación definitiva del Formulario H versión Ley de Presupuestos 2024, ya sea por observaciones metodológicas o en virtud de la pertinencia de ser eliminado.

Notas:

- 1 Se incluyen: Todo paciente que sigue el flujo habitual de búsqueda vía UGCC, solicitado desde un hospital público.
Se excluyen: Del Universo del los pacientes derivados vía UGCC, los casos de pacientes crónicos, los derivados por convenios directos y casos especiales que no siguen los flujos habituales de derivación y rescate.
Se entiende por Caso Resuelto Exitosamente a aquellos casos en el que cumpliéndose el protocolo de búsqueda y asignación de cama vía UGCC (Unidad de Gestión Centralizada de Camas), es ubicado en una cama crítica (pública o privada) acorde a sus requerimientos clínicos.
- 2 Pie Diabético evaluado se entiende como la evaluación del pie que se realiza a los pacientes diabéticos bajo control calificándolos según riesgo en: Bajo, Moderado, Alto y Máximo.
Evaluación de Pie vigente corresponde a evaluación realizada dentro de los últimos 12 meses
La población estimada para este indicador tiene como base el censo que se realiza en los meses de Junio y Diciembre de cada año. Por lo tanto, al cierre de cada corte del indicador se estará informando lo medido al corte del censo anterior.
- 3 -Persona en lista de espera de intervención quirúrgica (IQ) corresponde a una persona asociada a una IQ pendiente de resolver, lo que significa que una persona puede estar en la lista de espera con una o más prestaciones y se contabilizan de manera independiente.
-Se incluye a todo beneficiario que al 31 de diciembre 2019 se encuentre en Lista de Espera con una fecha de ingreso igual o anterior al 31 de diciembre del 2018.
- 4 Para este indicador se consideran "Ingresos de Operación" y "Otros ingresos corrientes" los cuales corresponden al Subtítulo 07 y 08, excluyendo la subasignación 08001 FONASA
Los valores de la meta están expresados en M\$.
- 5 1.- Según las Orientaciones programáticas del programa de salud cardiovascular 2017, las definiciones de compensación se logran al tener la presión en rango de meta en el último control. Y es según edad del paciente la meta solicitada. Según estrategia HEARTS se busca dar mayor autonomía a los pacientes una vez alcanzada la compensación, el periodo crítico se genera en la etapa anterior a lograr la meta propuesta según edad, donde el acompañamiento es cada 2 o 4 semanas hasta alcanzar meta, lo que puede ser realizado por distintos profesionales, con toma de PA cada vez que la persona acuda al centro de salud.
Entendiéndose por paciente hipertenso compensado aquel que habiendo sido diagnosticado como hipertenso, registra una presión arterial menor a PA<140/90 mmHg en último control vigente de los últimos 12 meses, si es que tiene entre 15 y 79 años y PA<150/90 mmHg si es que tiene 80 años y más, cuyo registro se obtiene del REM P sección B de los establecimiento de atención primaria municipal, que se realiza 2 veces al año (corte junio y corte diciembre).

2.- Si el paciente no acude a sus controles, se debería activar el protocolo de rescate, pero se debe considerar que los pacientes clasificados con RCV moderado o alto tienen mínimo 2 controles al año, por tanto se considera compensado a aquel paciente que en su último control tiene cifras de presión arterial en rango de metas en los últimos 12 meses.

3.- Los controles cardiovasculares se definen según distintos criterios, y a la vez si están compensados o no, por tanto el número de controles es variable. En aquellos pacientes compensados, con un riesgo cardiovascular bajo el control podría ser anual, sin embargo en el RCV alto es cada 3 meses, y según la estrategia de multimorbilidad podría ser mayor.

4.- La población estimada según prevalencia se calcula en base a la población inscrita y validada de los establecimientos de atención primaria municipal, siendo la última estimación de HTA (Fasce E, 2007):
15 a 64 años: 15,7%
65 y más años: 64,3%
- 6 1.- Según la orientación técnica del PSCV, se considera compensado a aquel paciente que habiendo sido diagnosticado como diabético Tipo 2 cumple el rango de meta propuesto para su edad, al último control realizado en los últimos 12 meses, en el caso de las personas con DM, se consideran con RCV alto, por tanto deben ser controlados cada 3 meses.

2.- El registro se obtiene del REM P sección B de los establecimiento de atención primaria municipal, registro que se actualiza 2 veces al año (corte junio y corte diciembre).

3.- Si el paciente no acude a sus controles, se debería activar el protocolo de rescate, pero se debe considerar que los pacientes con DM son clasificados con RCV alto, por tanto tienen 4 controles al año.

4.- La población estimada según prevalencia se calcula en base a la población inscrita y validada de los establecimientos de atención primaria municipal, siendo la última estimación de DM2 según la ENS 2016-17:
15-24 años: 1,8

25-44 años: 6,3
45-64 años: 18,3
65 años y más: 30,6