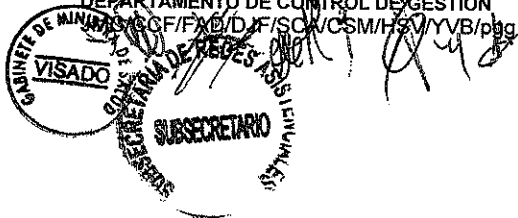




Gobierno de Chile

MINISTERIO DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES
DEPARTAMENTO DE CONTROL DE GESTIÓN



**FIJA ÁREAS PRIORITARIAS Y COMPROMISOS
AÑO 2023 PARA PAGO DE BONIFICACIÓN
POR DESEMPEÑO COLECTIVO
INSTITUCIONAL DEL ARTICULO 37 DE LA LEY
N° 19.664**

EXENTO N° 67 /

22 DIC 2022

SANTIAGO, 30 SEP 2022

VISTO: Lo dispuesto en el Decreto con Fuerza de Ley N° 1, de 2000, que fija el Texto Refundido, Coordinado y Sistematizado de la Ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado; en la Ley N° 19.880, que establece las Bases de los Procedimientos Administrativos que rigen los Actos de los Órganos de la Administración del Estado; en el Decreto con Fuerza de Ley N° 1, de 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° 18.469; en la Ley 19.664, de 2000, que establece normas especiales para profesionales funcionarios que indica de los Servicios de Salud y modifica la Ley N° 15.076, en el Decreto Supremo N° 849, de 2001, del Ministerio de Salud; que aprueba Reglamento para pago de bonificación por desempeño colectivo institucional a que se refiere el artículo 37 de la Ley N° 19.664; en la Resolución N° 7, de 2019, de Contraloría General de la República, que fija normas sobre exención del trámite de toma de razón.

CONSIDERANDO:

1. Que, al Ministerio de Salud le compete ejercer la función que corresponde al Estado de garantizar el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección, recuperación de la salud y de rehabilitación de la persona enferma; así como coordinar, controlar y, cuando corresponda, ejecutar tales acciones.
2. Qué, asimismo, a esta Secretaría de Estado le corresponde ejercer la rectoría del sector salud y velar por la efectiva coordinación de las redes asistenciales, en todos sus niveles.
3. Que, el artículo 28, letra d), de la ley N° 19.664, establece una bonificación por desempeño colectivo para el conjunto de los profesionales de las unidades de trabajo que deban cumplir las metas de desempeño institucional que se convengan con el Servicio de Salud o con el establecimiento correspondiente.
4. Que, el artículo 37 de la ley N° 19.664, previene que la mencionada bonificación tendrá por objeto reconocer el cumplimiento de las metas establecidas en el programa de trabajo elaborado por cada establecimiento y que haya sido acordado con la Dirección del respectivo Servicio de Salud, ya sea para cada unidad de trabajo o para cada establecimiento en su conjunto y agrega que el convenio que contenga el aludido acuerdo, debe ser consistente con el que los Servicios de Salud celebren con el Ministerio del ramo, a más tardar el 31 de diciembre de cada año.
5. Por su parte, el artículo 4° del decreto N° 849, de 2000, del Ministerio de Salud, que aprueba el reglamento para el pago de la bonificación en comento, dispone que el Ministerio de Salud definirá, mediante un decreto suscrito también por el Ministerio de Hacienda y que será expedido bajo la fórmula "por orden del Presidente de la República", las áreas prioritarias de mejoramiento de la atención y los objetivos globales o compromisos que deberán cumplirse durante el año calendario siguiente por los Servicios de Salud del país, el que deberá dictarse, a más tardar, dentro del mes de septiembre de cada año.
6. Que, la citada disposición agrega que, sobre la base del referido decreto conjunto, prosigue la norma reglamentaria citada y agrega que, a más tardar el 30 de noviembre de cada año, los Directores de Servicios de

22.12.2022 09:34

11994/2022

Salud, celebrarán uno o más convenios con los directores de establecimientos de su dependencia, en los que se establecerán aquellos programas de trabajo que, a su vez, serán contenidos en una propuesta de convenio que cada Servicio presentará al Ministerio de Salud y que deberá ser concordado a más tardar el 31 de diciembre de cada año.

7. Que, es necesario dar cumplimiento a lo dispuesto en el citado artículo 4° del decreto N° 849, de 2000, emitiendo el acto administrativo que dé cuenta de las áreas prioritarias de mejoramiento de la atención y los objetivos globales o compromisos que deberán cumplirse durante el año 2023.
8. Que, en base a lo razonado precedentemente,

DECRETO

1. **FÍJESE** las siguientes áreas prioritarias y objetivos, que deberán ser cumplidos dentro del período comprendido entre el 1° de enero y 31 de diciembre del 2023, por los Servicios de Salud:

Áreas prioritarias para los Servicios de Salud:

1. Área Atención Médica a Usuarios

Objetivo: Mejorar el nivel de salud de la población, anticipándose a los problemas sanitarios mediante estrategias de promoción y prevención, garantizando una atención médica y no médica oportuna y de calidad cuando ésta se requiera, para lo cual los Servicios de Salud deberán:

- 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 de salud de la población y procurar una atención resolutive.
- c) Mejorar los procesos y la gestión de las intervenciones clínicas, especialmente en áreas de apoyo diagnóstico y clínico terapéutico, para entregar una mejor calidad en los servicios asistenciales.
- d) Mejorar la calidad de la atención, a través de las actividades asistenciales ambulatorias y de hospitalización en los establecimientos de los Servicios de Salud, por medio de la revisión permanente de prácticas de trabajo clínico, haciendo uso eficiente de los recursos disponibles.

2. Área Coordinación de la Red Asistencial

Objetivo: Fortalecer la coordinación, el desarrollo y gestión de la red asistencial a través de la acción de los profesionales de los Servicios de Salud y cumplir las garantías en salud conforme a la legislación vigente en la materia.

3. Área Atención Pre Hospitalaria

Objetivo: Mejorar la calidad de la atención de la actividad asistencial de prehospitalización y en los Centros de Atención 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.

El área prioritaria 3 del presente artículo aplica sólo para aquellos Centros de Atención Pre Hospitalaria de Alta Complejidad, que al 01 de enero 2023 se hayan definido como tal, por resolución como establecimiento dependiente del Servicio de Salud, como es el caso del Servicio de Salud Metropolitano Central.

4. Área Atención Hospital Metropolitano

Objetivo: Mejorar la calidad de la atención de la actividad asistencial del Hospital Metropolitano del Servicio de Salud Metropolitano Oriente, mediante prácticas clínicas seguras y estandarizadas.

El área prioritaria 4 del presente artículo aplica sólo para el Hospital Metropolitano del Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

COMPROMISOS PARA EL CONJUNTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

I. Área Atención Médica a Usuarios.

1) Porcentaje de personas diabéticas compensadas en el grupo de 15 años y más.

OBJETIVO DEL PROCESO		Reducir la prevalencia de aquellas enfermedades prevenibles a través del control de sus factores de riesgo.			
NOMBRE DEL INDICADOR		Porcentaje de personas diabéticas compensadas en el grupo de 15 y más años.			
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
	Numerador: Número de personas con DM2 con hemoglobina glicosilada compensada en los últimos 12 meses.	Número 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	Resultado intermedio.	Eficacia	Establecimientos de atención primaria dependiente de Servicios de Salud (incluye hospitales de baja complejidad).
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.				
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANALISIS	PRIORIDAD
Porcentual	≥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.			$\left\{ \left[\left(\text{Número de personas con DM2 de 15 a 79 años con hemoglobina glicosilada bajo 7\% según último control vigente en los últimos 12 meses} \right) + \left(\text{Número de personas con DM2 de 80 años y más años con hemoglobina glicosilada bajo 8\%, según último control vigente en los últimos 12 meses} \right) \right] / \text{Total de personas diabéticas de 15 y más años bajo control en el nivel primario} \right\} \times 100.$		

2) Porcentaje de personas de 15 y más años con diabetes bajo control con evaluación anual de los pies.

OBJETIVO DEL PROCESO		Reducir la prevalencia de aquellas enfermedades prevenibles a través del control de sus factores de riesgo.			
NOMBRE DEL INDICADOR		Porcentaje de personas de 15 y más años con diabetes bajo control con evaluación anual de los pies.			
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
	N° de personas con DM2 bajo control de 15 y más años con evaluación de pie vigente en el año t.	N° de personas con DM2 que reciben al menos 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	Resultado intermedio	Eficacia	Establecimientos de atención primaria dependiente de Servicios de Salud (incluye hospitales de baja complejidad).
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.				
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANALISIS	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				(Número de personas con DM2 bajo control de 15 y más años con evaluación de pie vigente en el año t / Número total de pacientes diabéticos de 15 años y más bajo control en el nivel primario) x 100.	

3) Porcentaje de personas hipertensas compensadas bajo control en el grupo de 15 y más años

OBJETIVO PROCESO	DEL	Reducir la prevalencia de aquellas enfermedades prevenibles a través del control de sus factores de riesgo				
NOMBRE INDICADOR	DEL	Porcentaje de personas hipertensas compensadas bajo control en el grupo de 15 y más años				
FÓRMULA INDICADOR	DEL	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
		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				$\left\{ \left[\frac{\text{Nº de personas con HTA de 15 a 79 años con presión arterial bajo 140/90 mmHg, según último control vigente en los últimos 12 meses} + \text{Nº de personas con HTA de 80 años y más con presión arterial bajo 150/90 mmHg, según último control vigente en los últimos 12 meses}}{\text{Total de personas hipertensas de 15 y más años bajo control en el nivel primario}} \right] \right\} \times 100.$		

4) Porcentaje de suspensión de intervenciones quirúrgicas en pacientes de tabla quirúrgica programada.

OBJETIVO PROCESO	DEL	Aumentar la eficiencia del proceso quirúrgico a través de la optimización de los recursos disponibles de los quirófanos de cirugía mayor de los establecimientos de la Red Pública para dar respuesta a la necesidad de intervenciones quirúrgicas de los usuarios de la red asistencial.			
NOMBRE INDICADOR	DEL	Porcentaje de suspensión de intervenciones quirúrgicas en pacientes de tabla quirúrgica programada.			
FÓRMULA INDICADOR	DEL	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR	
		Número de intervenciones quirúrgicas suspendidas de tabla quirúrgica programada en el período.	Corresponde a las cirugías suspendidas que han sido incluidas en la tabla quirúrgica diaria y posteriormente no son realizadas. Cabe señalar, que este indicador se focaliza en la persona y no solamente en el uso del pabellón, es decir, si una persona es reemplazada por otra ya estando programada en la tabla quirúrgica difundida, igual se debe considerar como una suspensión. El horario de medición es el institucional y contempla todas las causas de suspensión quirúrgica.	Tipo de Indicador	Dimensión del Indicador

		No se consideran como suspensiones los pacientes que son incorporados como condicionales a la tabla quirúrgica.			
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
	Total de Intervenciones quirúrgicas en tabla quirúrgica programadas en el periodo.	Corresponde al número total de intervenciones quirúrgicas programadas en tabla quirúrgica en el establecimiento, durante el año t.	Proceso	Eficacia	Establecimientos de Alta Complejidad y Mediana Complejidad
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANÁLISIS	PRIORIDAD
Porcentual	≤7%	Anual	Base de datos REM, correspondiente al periodo.	SERVICIO DE SALUD	ALTA
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS			FÓRMULA DE CÁLCULO		
Objetivo 2 y 5 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Objetivo 2 y 5 del Formulario A1 de los Servicios de Salud.			$\left(\frac{\text{Número de intervenciones quirúrgicas suspendidas de tabla quirúrgica programada en tabla quirúrgica en el periodo}}{\text{Número de Intervenciones quirúrgicas programadas en tabla quirúrgica en el periodo}} \right) \times 100.$		

5) Porcentaje de ambulatorización de cirugías mayores.

OBJETIVO DEL PROCESO	Aumentar la cobertura de intervenciones quirúrgicas en modalidad ambulatoria con respecto al total de cirugías mayores.				
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de ambulatorización de cirugías mayores.				
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
	Número de egresos de CMA en el periodo.	Corresponde al número de egresos con intervenciones quirúrgicas mayores realizadas en modalidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) del establecimiento, en todos los pacientes (beneficiarios de FONASA), excluyendo las cirugías mayores ambulatorias de urgencia	Tipo de Indicador	Dimensión del Indicador	A que establecimientos aplica
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
	(Número total de egresos de CMA + Egresos posibles de ambulatorizar en el periodo).	Egresos hospitalarios ambulatorizables, que cumplen con las siguientes características: ser beneficiario de Fonasa Modalidad Institucional, que su severidad sea menor, que el peso GRD sea ≤ a 1,000, de tipo de ingreso programado y cuyo motivo o destino al alta sea domicilio	Resultado	Eficacia	Establecimientos que cuentan con GRD.
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANÁLISIS	PRIORIDAD
Porcentual	≥ 65%	Anual	Planilla con datos y resultado del indicador de acuerdo con la fuente de base de datos GRD MINSAL.	SERVICIOS DE SALUD	ALTA
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS			FÓRMULA DE CÁLCULO		
Objetivo 2 y 5 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Objetivos 2 y 5 del Formulario A1 de los Servicios de Salud.			$\left[\frac{\text{Número de egresos de CMA en el periodo}}{\text{Número total de egresos de CMA + egresos posibles de ambulatorizar en el periodo}} \right] \times 100.$		

- 6) Porcentaje de disminución del 20% de la Lista de Espera de Intervenciones Quirúrgicas mayores y menores de mayor antigüedad al cierre del año t-1.

OBJETIVO DEL PROCESO	Disminución de Lista de Espera de Intervenciones Quirúrgicas mayores y menores con extrema antigüedad mejorando la oportunidad de resolución de los problemas de salud.				
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de disminución del 20% de la Lista de Espera de Intervenciones Quirúrgicas mayores y menores de mayor antigüedad al cierre del año t-1.				
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
	Universo de casos disminuidos en lista de espera de intervenciones quirúrgicas con fecha determinada, correspondiente al 20% de mayor antigüedad del establecimiento al cierre del año t-1, en el año t.	Corresponde al Universo de casos de Lista de Espera de Intervenciones Quirúrgicas mayores y menores con fecha de antigüedad igual o superior establecida al cierre del año t-1 (Línea Base) - Universo de casos de Lista de Espera de Intervenciones Quirúrgicas mayores y menores con fecha de antigüedad igual o superior establecida al cierre del año t (Corte).	Tipo de Indicador	Dimensión del Indicador	A que establecimientos aplica
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2	Producto	Eficacia	Establecimientos que presentan lista de espera de Intervenciones Quirúrgicas mayores y menores.
	Universo de casos de Lista de Espera de Intervenciones Quirúrgicas con fecha determinada a la antigüedad igual o superior correspondiente al 20% al cierre del año t-1 (Línea Base).	Corresponde al Universo de casos de Lista de Espera de Intervenciones Quirúrgicas mayores y menores con fecha de antigüedad igual o superior establecida al cierre del año t-1 (Línea Base, corte del año 2022).			
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANÁLISIS	PRIORIDAD
Porcentaje	≥70%	Anual	Planilla con datos y resultado del indicador con información extraída del sistema de información de tiempos de espera o similar.	SERVICIO DE SALUD	ALTA
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS			FÓRMULA DE CÁLCULO		
Objetivo 2 y 5 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales Objetivo 2 y 5 del Formulario A1 de los Servicios de Salud.			$\left(\frac{\text{Universo de casos disminuidos en lista de espera de intervenciones quirúrgicas con fecha determinada, correspondiente al 20\% de mayor antigüedad del establecimiento al cierre del año t-1, en el año t}}{\text{Universo total de casos en lista de espera de intervenciones quirúrgicas con fecha determinada, correspondiente al 20\% de mayor antigüedad del establecimiento al cierre del año t-1}} \right) \times 100$		

- 7) Porcentaje de altas odontológicas de especialidades del nivel secundario por ingreso de tratamiento.

OBJETIVO DEL PROCESO	Aumentar el porcentaje de altas odontológicas de especialidad en establecimientos de alta y media complejidad.				
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de altas odontológicas de especialidades del nivel secundario por ingreso de tratamiento.				
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
	Número de altas de tratamiento odontológico de especialidades del periodo.	Se consideran el total de altas de tratamiento odontológico de especialidades en el año t, obtenidas del REM 09.	Tipo de Indicador	Dimensión del indicador	A que establecimientos aplica
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2	Resultado Intermedio	Eficacia	Alta y mediana complejidad
	Número de ingresos a tratamiento odontológico de especialidades del periodo.	Se considera el total de ingresos a tratamiento odontológico de especialidades en el año t, obtenidas del REM 09.			
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					

UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANALISIS	PRIORIDAD
Porcentual	Porcentaje de Cumplimiento de acuerdo con tabla.	Anual	REM 09, sección I.	SERVICIO DE SALUD	MEDIA
OBJETIVOS ESTRATEGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS				FÓRMULA DE CÁLCULO	
Objetivo 2 y 5 del formulario A1 de la Subsecretaria de Redes Asistenciales Objetivo 2 y 5 del Formulario A1 de los Servicios de Salud.				(Número de altas de tratamiento odontológico de especialidades del periodo / Número de ingresos a tratamiento odontológico de especialidades del periodo) x 100.	

Tabla N° 1: Meta año a cumplir por Servicio de Salud
Porcentaje de altas odontológicas de especialidades del nivel secundario por ingreso de tratamiento.

Tabla: Meta a cumplir por Servicio de Salud	
Servicios de Salud	Meta 2023
SS Arica	≥ 100%
SS Iquique	≥ 90%
SS Antofagasta	≥ 90%
SS Atacama	≥ 90%
SS Coquimbo	≥ 90%
SS Valparaíso San Antonio	≥ 90%
SS Viña del Mar Quillota	≥ 90%
SS Aconcagua	≥ 100%
SS Metropolitano Norte	≥ 95%
SS Metropolitano Occidente	≥ 90%
SS Metropolitano Central	≥ 90%
SS Metropolitano Oriente	≥ 100%
SS Metropolitano Sur	≥ 90%
SS Metropolitano Sur Oriente	≥ 90%
SS O'Higgins	≥ 90%
SS Maule	≥ 90%
SS Ñuble	≥ 100%
SS Concepción	≥ 100%
SS Talcahuano	≥ 100%
SS Biobío	≥ 90%
SS Arauco	≥ 90%
SS Araucanía Norte	≥ 85%
SS Araucanía Sur	≥ 90%
SS Valdivia	≥ 90%
SS Osorno	≥ 100%
SS Reloncaví	≥ 100%
SS Chiloé	≥ 90%
SS Aysén	≥ 90%
SS Magallanes	≥ 90%

8) Porcentaje de cumplimiento de la programación anual de consultas médicas realizadas por especialistas en modalidad presencial y a distancia.

OBJETIVO PROCESO	DEL	Satisfacción de la demanda de atención de consultas de especialidades, optimizando el recurso de horas médicas a través de una metodología de programación y gestión de horas con mirada de Red.			
NOMBRE INDICADOR	DEL	Porcentaje de cumplimiento de la programación anual de consultas médicas realizadas por especialistas en modalidad presencial y a distancia.			
FÓRMULA INDICADOR	DEL	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR	
		Número de consultas especialista realizadas durante el periodo en modalidad presencial y a distancia.	Corresponde a la cantidad de consultas presenciales y a distancia atendidas por el médico especialista.	Tipo de Indicador	Dimensión del Indicador
		B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2		

						Establecimientos de alta, mediana y baja complejidad, así como a CRS, que disponen de oferta de consultas médicas de especialidades. Para baja complejidad se incluye todo establecimiento que cuente con reporte de Producción de médico especialista en REM 07, REM 30 y REM 32.
		Total, de consultas de especialista programadas y validadas para igual periodo, en modalidad presencial y a distancia.		Corresponde a la cantidad total de consultas de especialidad programadas para el periodo según oferta del establecimiento, cuya programación es validada por Minsal, en modalidad presencial y a distancia.	Resultado	Eficacia
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR						
UNIDAD DE MEDIDA	DE META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN		RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANÁLISIS	PRIORIDAD
Porcentual	≥95%	Anual	Planilla consolidada de producción del Servicio de Salud que indique cumplimiento de consultas de profesionales médicos del periodo de evaluación enero a diciembre, modalidad presencial y a distancia. Planillas Excel de Programación anual de totalidad de las horas contratadas, de todos los establecimientos de la Red de profesionales médicos, enviada por el Servicio de Salud y validada por MINSAL, en modalidad presencial y a distancia.		SERVICIO DE SALUD	ALTA
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS					FÓRMULA DE CÁLCULO	
Objetivo 2 y 5 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales Objetivo 2 y 5 del Formulario A1 de los Servicios de Salud.					(Número de consultas especialista realizadas durante el periodo en modalidad presencial y a distancia / Número total de consultas de especialista programadas y validadas para igual periodo, en modalidad presencial y a distancia) x 100.	

9) Porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización desde UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas

OBJETIVO PROCESO	DEL	Fortalecer y optimizar procesos clínicos críticos.				
NOMBRE INDICADOR	DEL	Porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización desde UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas.				
FÓRMULA INDICADOR	DEL	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
		Número Total de pacientes con indicación de hospitalización que espera en UEH en un tiempo menor a 12 horas para acceder a cama de dotación en t	Todos los pacientes con indicación de hospitalización que 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	Producto	Calidad	Establecimientos con UEH que realizan hospitalizaciones adulto y/o pediátricas (excluida obstétrica).
		Número total de pacientes con indicación de hospitalización en UEH en t.	Total, de pacientes que tiene 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	DE META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN		RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANÁLISIS	PRIORIDAD
Porcentual	≥80%	Anual	REM A08 Sección D.		SERVICIO DE SALUD	ALTA
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS					FÓRMULA DE CÁLCULO	

Objetivo 2 y 5 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales Objetivo 2 y 5 del Formulario A1 de los Servicios de Salud.	[(Número total de pacientes con indicación de hospitalización que espera en UEH T' < 12 horas para acceder a cama de dotación en año t / Número total de pacientes con indicación de hospitalización en UEH en año t) x 100]
--	--

10) Promedio de días de estada de pacientes derivados vía Unidad de Gestión Centralizada de Casos a prestadores privados fuera de convenio

OBJETIVO DEL PROCESO	Disminuir la estancia media de pacientes derivados vía Unidad de Gestión Centralizada de Casos a prestadores privados fuera de convenio.				
NOMBRE DEL INDICADOR	Promedio de días de estada de pacientes derivados vía Unidad de Gestión Centralizada de Casos a prestadores privados fuera de convenio.				
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
	Número de días de hospitalización de pacientes derivados vía Unidad de Gestión Centralizada de Casos en el extrasistema.	Corresponde al promedio de días de estada de los pacientes que fueron derivados a prestadores privados fuera de convenio vía Unidad de Gestión Centralizada de Casos.	Tipo de indicador	Dimensión del indicador	A que establecimientos aplica
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
	Número total de pacientes derivados vía Unidad de Gestión Centralizada de Casos al extrasistema.	Corresponde al número total de pacientes que fueron derivados a prestadores privados fuera de convenio vía Unidad de Gestión Centralizada de Casos.	Resultado	Eficacia	Establecimientos de Alta Complejidad
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANÁLISIS	PRIORIDAD
Días	Meta según Servicio de Salud, en tabla adjunta (Tabla N°1 Unidad de Gestión Centralizada de Casos).	Anual	Datos entregados por la Unidad de Gestión Centralizada de Casos del Ministerio de Salud.	SERVICIO DE SALUD	MEDIA
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS				FÓRMULA DE CÁLCULO	
Objetivo 2 y 5 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales Objetivo 2 y 5 del Formulario A1 de los Servicios de Salud.				(Número de días de hospitalización de pacientes derivados vía Unidad de Gestión Centralizada de Casos en el extrasistema en el periodo / Número total de pacientes derivados vía Unidad de Gestión Centralizada de Casos al extrasistema en el periodo).	

Tabla N°1 Unidad de Gestión Centralizada de Casos: Meta según Servicio de Salud

SERVICIOS DE SALUD	META (días)
SS Arica	≤ 13
SS Iquique	≤ 13
SS Antofagasta	≤ 18
SS Atacama	≤ 13
SS Coquimbo	≤ 13
SS Valparaíso San Antonio	≤ 16
SS Viña del Mar Quillota	≤ 16
SS Aconcagua	≤ 16
SS Metropolitano Norte	≤ 16
SS Metropolitano Occidente	≤ 13
SS Metropolitano Central	≤ 16
SS Metropolitano Oriente	≤ 13
SS Metropolitano Sur	≤ 13
SS Metropolitano Sur Oriente	≤ 13
SS O'Higgins	≤ 13
SS Maule	≤ 13
SS Ñuble	≤ 13
SS Concepción	≤ 13
SS Talcahuano	≤ 13
SS Biobío	≤ 15
SS Arauco	≤ 13
SS Araucanía Norte	≤ 13
SS Araucanía Sur	≤ 13

SS Valdivia	≤ 13
SS Osorno	≤ 16
SS Reloncavi	≤ 14
SS Chiloé	≤ 13
SS Aysén	≤ 16
SS Magallanes	≤ 13

II. Área de Coordinación de Red Asistencial

11) 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
FÓRMULA DEL INDICADOR	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2	DATOS DEL INDICADOR		
	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 garantías de oportunidad retrasadas acumuladas.	Resultado	Eficacia	Alta, mediana y baja complejidad
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANÁLISIS	PRIORIDAD
Porcentual	Cumple con un 100%, si obtiene un resultado del indicador ≥ 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.	SERVICIO DE SALUD	ALTA
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS				FÓRMULA DE CÁLCULO	
Objetivo 1, 2 y 5 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales Objetivo 1, 2 y 5 del Formulario A1 de los Servicios de Salud.				$\left[\frac{\text{Garantías Cumplidas} + \text{Garantías Exceptuadas} + \text{Garantías Incumplidas Atendidas}}{\text{Garantías Cumplidas} + \text{Garantías Exceptuadas} + \text{Garantías Incumplidas Atendidas} + \text{Garantías Incumplidas No Atendidas}} \times 100 \right]$	

III. Área de Atención Pre Hospitalaria (Aplica sólo para los Centros de Atención Pre-hospitalaria de Alta Complejidad, que cuenten con resolución como establecimiento dependiente del Servicio de Salud).

12) Porcentaje de solicitudes de transporte secundario reguladas por médico según protocolo

OBJETIVO DEL PROCESO	Realizar transportes secundarios cuya pertinencia en torno a necesidad, características, complejidad y seguridad fue evaluada por un médico del Centro Regulador de SAMU, según protocolo establecido.				
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de solicitudes de transporte secundario reguladas por médico según protocolo.				
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
	Número de solicitudes de transporte secundario reguladas por médico según protocolo en el año t.	Corresponde al número de solicitudes de transporte secundario que fueron reguladas por un médico del Centro Regulador, según aspectos establecidos en protocolo en el año t.	Tipo de indicador	Dimensión del indicador	A que establecimientos aplica
FÓRMULA DEL INDICADOR	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2	DATOS DEL INDICADOR		

	Número total de solicitudes de transporte secundario en el año t.	Corresponde al número total de solicitudes de transporte secundario realizadas al Centro Regulador en el año t.	Producto	Eficacia	Centros de Atención Prehospitalaria de Alta Complejidad.
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANÁLISIS	PRIORIDAD
Porcentual	≥97%	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.	SERVICIO DE SALUD	MEDIA
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS				FÓRMULA DE CÁLCULO	
Objetivo 2 y 5 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales Objetivo 2 y 5 del Formulario A1 de los Servicios de Salud.				(Número de solicitudes de transporte secundario reguladas por médico según protocolo en el año t / Número total de solicitudes de transporte secundario en el año t) x 100.	

13) Porcentaje de médicos con capacitación actualizada en ACLS o simil.

OBJETIVO DEL PROCESO	Actualización continua de los médicos del SAMU perteneciente a SSMC, según vigencia y avances en tecnología y técnicas de ACLS- Apoyo Vital Cardiopulmonar Avanzado.				
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de médicos con capacitación actualizada en ACLS o simil.				
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
	Número de médicos con capacitación actualizada en ACLS o simil.	Corresponde al número de médicos con capacitación actualizada en ACLS o simil en el año t.	Tipo de Indicador	Dimensión del Indicador	A que establecimientos aplica
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
	Número total de médicos SAMU.	Corresponde al número de médicos de la dotación total del SAMU.	Proceso	Eficacia	SAMU perteneciente al SSMC.
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANÁLISIS	PRIORIDAD
Porcentual	≥80%	Anual	Certificado de capacitación emitido por la unidad de capacitación del Servicio de Salud Metropolitano Central con el porcentaje de cumplimiento y número de médicos capacitados en ACLS o simil.	SERVICIOS DE SALUD	MEDIA
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS				FÓRMULA DE CÁLCULO	
Objetivo 2 y 3 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales Objetivo 2 y 3 del Formulario A1 de los Servicios de Salud.				(Número de médicos con capacitación actualizada en ACLS o simil en el periodo / Número total de médicos SAMU del establecimiento) x 100.	

14) Porcentaje de llamados telefónicos de emergencia 131 con entrega de instrucciones por parte del operador telefónico, para aplicar intervenciones de Soporte Vital Básico (BLS) por parte de los testigos o solicitantes.

OBJETIVO DEL PROCESO	Propender a mejorar las intervenciones que los testigos de un colapso extrahospitalario puedan otorgar a la víctima. Esto tiene impacto directo con la efectividad de la atención Prehospitalaria. Se verifica con la entrega de instrucciones telefónicas o a distancia, para guiar a los testigos en las maniobras y técnicas de Soporte Vital Básico para víctimas de colapso extrahospitalario. Las instrucciones se entregan, según protocolo, por parte del personal del centro telefónico de emergencias 131 - SAMU al solicitante, en caso de pesquisa de un eventual paro cardio-respiratorio.
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de llamados telefónicos de emergencia 131 con entrega de instrucciones por parte del operador telefónico, para aplicar intervenciones de Soporte Vital Básico (BLS) por parte de los testigos o solicitantes.

FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1		DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
	Número de indicaciones de BLS entregadas por operador telefónico a solicitante en caso de RCP.		Corresponde al número de llamados telefónicos al 131 que recibieron asistencia remota por parte del operador telefónico del Centro Regulador para aplicar técnicas de BLS, a solicitantes que requerían apoyo para realizar RCP / BLS, en el año t.	Tipo de Indicador	Dimensión del Indicador	A que establecimientos aplica
	B- VARIABLE 2		DESCRIPCIÓN VARIABLE 2	Producto	Eficacia	Centros de Atención Prehospitalaria de Alta Complejidad.
Total, de requerimientos telefónicos para asistencia en la atención de pacientes por RCP.		Corresponde al total llamados telefónicos al 131 que requirieron asistencia remota o apoyo para la aplicación de técnicas de RCP / BLS, en el año t.				
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR						
UNIDAD DE MEDIDA	DE	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANÁLISIS	PRIORIDAD
Porcentual		≥95%	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.	SERVICIO DE SALUD	ALTA
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS				FÓRMULA DE CÁLCULO		
Objetivo 2 y 5 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales Objetivo 2 y 5 del Formulario A1 de los Servicios de Salud.				(Número de indicaciones de BLS realizadas por operador telefónico a solicitante en caso de RCP / Total de solicitudes telefónicas de atención de pacientes por RCP) x 100.		

IV. Área de Atención Hospital Metropolitano

15) Porcentaje de médicos con capacitación vigente en RCP

OBJETIVO DEL PROCESO	Mejorar la calidad de la atención, a través de intervenciones más seguras, con profesionales médicos competentes.					
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de médicos con capacitación vigente en RCP					
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1		DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
	Numerador: Número total de Médicos que cuentan con capacitación vigente en RCP en el periodo		Corresponde al número total de médicos (Ley 19.664) que cumplen funciones en HOSMET y que cuentan con capacitación vigente en RCP	Tipo de Indicador	Dimensión del Indicador	A que establecimientos aplica
	B- VARIABLE 2		DESCRIPCIÓN VARIABLE 2	Proceso	Seguridad	HOSMET
Denominador: Número total de médicos ley 19.664 del establecimiento		Corresponde al número total de médicos (Ley 19.664) que cumplen funciones en HOSMET				
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR						
UNIDAD DE MEDIDA	DE	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANÁLISIS	PRIORIDAD
Porcentual		≥90%	Trimestral	Certificado de aprobación del curso de RCP vigente (no mayor a 5 años).	SERVICIO DE SALUD	ALTA
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS				FÓRMULA DE CÁLCULO		
Objetivo 2 y 5 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales Objetivo 2 y 5 del Formulario A1 de los Servicios de Salud.				(Número total de Médicos que cuentan con capacitación vigente en RCP en el periodo / Número total de médicos ley N° 19.664 del establecimiento) x 100.		

16) Porcentaje de órdenes de exámenes de imagenología realizada según protocolo en el año t.

OBJETIVO DEL PROCESO	Mejorar los procesos y la gestión de las intervenciones clínicas en imagenología, para entregar una mejor calidad en los servicios asistenciales.				
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de órdenes de exámenes de imagenología realizada según protocolo en el año t.				
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
	Numerador: Número de órdenes de exámenes de imagenología, realizadas según protocolo en el año t.	Corresponde al total de órdenes de exámenes de imagenología, que se llenan en forma completa y que cumplen con los criterios establecidos en protocolo.	Tipo de Indicador	Dimensión del Indicador	A que establecimientos aplica
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2	Resultado	Eficacia	HOSMET
	Denominador: Número total de órdenes de exámenes de imagenología en el año t.	Corresponde al total de órdenes de exámenes de imagenología del año t.			
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANÁLISIS	PRIORIDAD
Porcentual	≥95%	Mensual	Informe con resultados de supervisión validada por el Servicio de Salud.	SERVICIO DE SALUD	MEDIA
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS			FÓRMULA DE CÁLCULO		
Objetivo 2 y 5 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales Objetivo 2 y 5 del Formulario A1 de los Servicios de Salud.			$(\text{Número de órdenes de exámenes de imagenología, realizadas según protocolo en el año t} / \text{Número total de órdenes de exámenes de imagenología en el año t}) \times 100.$		

17) Porcentaje de médicos capacitados en prevención de infecciones asociadas a la atención de salud.

OBJETIVO DEL PROCESO	Mejorar la calidad de la atención, a través de intervenciones más seguras, con profesionales médicos que conocen la prevención de infecciones asociadas a la atención de salud.				
NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de médicos capacitados en prevención de infecciones asociadas a la atención de salud.				
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
	Numerador: Número de médicos ley N° 19.664 con capacitación vigente en prevención de IAAS.	Corresponde a médicos (ley N° 19.664) que cuentan con capacitación vigente en IAAS del HOSMET.	Tipo de Indicador	Dimensión del Indicador	A que establecimientos aplica
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2	Proceso	Eficacia	HOSMET
	Denominador: Número total de médicos ley N° 19.664 del establecimiento.	Corresponde al total de médicos (ley N° 19.664) del HOSMET.			
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANÁLISIS	PRIORIDAD
Porcentual	≥90%	Trimestral	Certificado de aprobación del curso de IAAS vigente (5 años).	SERVICIO DE SALUD	MEDIA
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS			FÓRMULA DE CÁLCULO		
Objetivo 2 y 5 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales Objetivo 2 y 5 del Formulario A1 de los Servicios de Salud.			$(\text{Número de médicos Ley N° 19.664 con capacitación vigente en prevención de IAAS} / \text{Número total de médicos ley 19.664 del establecimiento}) \times 100.$		

18) Porcentaje de transfusiones que se realizan de acuerdo con protocolo en el año t.

OBJETIVO DEL PROCESO		Mejorar la calidad de la atención, a través de la seguridad otorgada al paciente, en relación con la indicación de transfusión.			
NOMBRE DEL INDICADOR		Porcentaje de transfusiones que se realizan de acuerdo con protocolo en el año t.			
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
	Numerador: Número de Transfusiones que se realizan según protocolo en el año t.	Corresponde al número de transfusiones que se realizan según lo establecido en protocolo en el año t (Transfusión de sangre: incluye Glóbulos rojos, plaquetas, plasma fresco, crioprecipitado, hemocomponentes especiales, transfusión de hemocomponentes en situaciones clínicas específicas)	Tipo de Indicador	Dimensión del Indicador	A que establecimientos aplica
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
	Denominador: Número total de transfusiones realizadas en el año t.	Corresponde al número total de transfusiones realizadas en el año t. (Transfusión de sangre: incluye Glóbulos rojos, plaquetas, plasma fresco, crioprecipitado, hemocomponentes especiales, transfusión de hemocomponentes en situaciones clínicas específicas)	Proceso	Seguridad	HOSMET
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANÁLISIS	PRIORIDAD
Porcentual	≥95%	Mensual	Informe de supervisión validado por el Servicio de Salud.	SERVICIO DE SALUD	ALTA
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS			FÓRMULA DE CÁLCULO		
Objetivo 2 y 5 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales Objetivo 2 y 5 del Formulario A1 de los Servicios de Salud.			$\left(\frac{\text{Número de transfusiones que se realizan según protocolo en el año } t}{\text{Número total de transfusiones realizadas en el año } t} \right) \times 100.$		

2. Los compromisos serán clasificados en Alta y Mediana Prioridad. Los indicadores deberán ser priorizados de acuerdo con lo establecido en este Decreto.
Los indicadores con ALTA prioridad deben tener individualmente una ponderación mayor que un indicador de MEDIANA prioridad. Ningún indicador deberá tener una ponderación inferior a 5%, debiendo en todo caso sumar 100% para el total de cada establecimiento o Servicio de Salud.
Cada establecimiento deberá suscribir el convenio con el Servicio de Salud contemplando todos los indicadores de desempeño que les sean aplicables, de acuerdo con su nivel de complejidad y cartera de servicios.
3. Los Servicios de Salud que en el año 2022 presentaron en alguno(s) de los indicadores del presente Decreto un mejor desempeño respecto de la meta fijada para el 2023, deberán comprometer a lo menos la mantención de dicha meta. El Ministerio de Salud deberá resolver la pertinencia de una meta inferior a la meta nacional.
4. El cumplimiento de los compromisos suscritos en el convenio de desempeño de los Servicios de Salud dará derecho a percibir a los profesionales funcionarios del establecimiento de salud o unidad de trabajo que corresponda, una bonificación por desempeño colectivo institucional de acuerdo con la siguiente indicación:
 - a) Establecimientos con porcentaje de cumplimiento de los compromisos anuales mayor o igual a 95%: Porcentaje de Bonificación = 100% del PBM.
 - b) Establecimientos con porcentaje de cumplimiento de los compromisos anuales mayor o igual a 75% y menor a 95%: Porcentaje de Bonificación = % real obtenido del PBM.

c) Establecimientos con porcentaje de cumplimiento de los compromisos anuales menor a 75%:
Porcentaje de Bonificación = 0% del PBM.
Cabe hacer presente que el PBM corresponde al porcentaje de bonificación máximo que se establecerá en el decreto de disponibilidades presupuestarias de marzo del año 2024.

5. **CALCÚLESE** el porcentaje de cumplimiento global del establecimiento multiplicando el porcentaje de cumplimiento de cada indicador por el ponderador que se le haya asignado, sumándose luego cada uno de estos resultados parciales para todos los indicadores señalados en el convenio del establecimiento.
El Porcentaje de cumplimiento de cada indicador se considera 100% si es mayor o igual a 95% y 0% si es menor a 75%. Si el porcentaje de cumplimiento del indicador se encuentra entre 75% a 94% se asignará el ponderador proporcional al porcentaje de cumplimiento obtenido.
Para el indicador "Porcentaje de Gestión Efectiva para el Cumplimiento GES en la Red" su cumplimiento será 100% si se obtiene como resultado del indicador un porcentaje mayor o igual a 99,5% de la meta.
Si el establecimiento cumpliera un menor valor a la meta establecida su cumplimiento será igual a 0%.
6. Los Servicios de Salud podrán justificar el incumplimiento de los indicadores comprometidos, por motivos de causa externa, conforme a lo prescrito en el Artículo 45 del Código Civil.
El análisis de causa externa que se invoque por un Servicio de Salud 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, se 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 causa externa calificada y no prevista que limiten seriamente el logro de los objetivos de gestión, tales como hechos fortuitos comprobables, pandemia, catástrofe y cambios de legislación, como también las reducciones presupuestarias externas al Ministerio de Salud, siempre que afecten ítems relevantes para el cumplimiento.
7. Para el cumplimiento de los objetivos dentro de las áreas prioritarias señaladas, deberán celebrarse convenios entre los Directores de establecimiento y los Directores de los Servicios de Salud, fijándose las metas por cada establecimiento o unidad de trabajo, los que deberán ser aprobados por Resolución Exenta, y ser consistentes con los convenios que cada Servicio de Salud celebre con el Ministerio de Salud.
8. **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. Asimismo, el Ministerio de Salud deberá certificar el porcentaje de cumplimiento de los compromisos fijados para los Servicios de Salud y sus establecimientos dependientes.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE

"POR ORDEN DEL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA"



MARIO MARCEL CULLELL
MINISTRO DE HACIENDA



XIMENA AGUILERA SANHUEZA
MINISTRA DE SALUD



- Ministerio de Hacienda
- Jefe de Gabinete Ministra de Salud.
- Jefe de Gabinete Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- Departamento Control de Gestión, SRA.
- División Jurídica.
- Oficina de Partes.