



REPÚBLICA DE CHILE  
 MINISTERIO DE SALUD  
 SUBSECRETARÍA DE REDES  
 ASISTENCIALES

JCH/BS/AN/DC/BMM/ATC/MQA

MINISTERIO DE HACIENDA  
 OFICINA DE PARTES  
 26 NOV 2021  
 RECIBIDO

CONTRALORIA GENERAL

TOMA DE RAZON

RECEPCION

Depart. Jurídico		
Dep. T.R. y Regist.		
Depart. Contabil.		
Sub.Dep. C. Central		
Sub.Dep. E. Cuentas		
Sub.Dep. C.P. y B.N.		
Depart. Auditoría		
Depart. VOPU y T		
Sub. Dep. Munip.		

REFRENDACION

Ref. por \$.....  
 Imputación.....  
 Anot. por .....  
 Imputación.....  
 Deduc.Dcto.....

OF DE PARTES DIPRES  
 26 11 2021 12:11

96044

FIJA ÁREAS PRIORITARIAS Y COMPROMISOS AÑO 2022 PARA PAGO DE BONIFICACIÓN POR DESEMPEÑO COLECTIVO INSTITUCIONAL A LOS QUE SE REFIERE EL ARTICULO 37 DE LA LEY N° 19664.

SANTIAGO, 29 SEP 2021

EXENTO N° 67

VISTOS: Los artículos 28 d) y 37 de la Ley 19.664 y artículos 4, 5, 6 y 7 del Decreto 849/2000 del Ministerio de Salud, reglamento para el pago de la bonificación de desempeño colectivo institucional; Artículo 32 N°6 del Decreto Supremo N°100 del 2005, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Constitución Política de la República. Resolución N°7 de 2019 de la Contraloría General de la República que Fija Normas Sobre Exención del Trámite de Toma de Razón, dicto el siguiente.

Considerando:

1. Que los profesionales funcionarios tendrán derecho a percibir una bonificación por desempeño colectivo institucional que 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.
2. Que las áreas prioritarias de mejoramiento de atención y los objetivos globales o compromisos que corresponden cumplirse durante el año calendario siguiente por los Servicios de Salud del país, sin perjuicio de los objetivos que, en particular, se establezcan para uno o más Servicios, deberán definirse mediante Decreto del Ministerio de Salud, suscrito también por el Ministro de Hacienda.
3. Que, sobre la base del Decreto del considerando anterior, en la forma y plazo legal, los Directores de Servicios de Salud deben celebrar uno o más convenios con los directores de establecimientos de su dependencia, que a su vez deben ser consistentes con el que los Servicios de Salud celebren con el Ministerio del ramo. Este convenio debe contener el programa anual de trabajo para el año siguiente, ya sea para cada unidad de trabajo o para el establecimiento en su conjunto.
4. Que, los convenios deben contemplar programas de trabajo constituidos por un conjunto de actividades formuladas de manera sistemática que deben propender a mejorar la calidad, eficiencia y acceso de la población en la atención de salud otorgada por los profesionales.

DECRETO

1°.- FÍJANSE las siguientes áreas prioritarias y objetivos, que deberán ser cumplidos dentro del periodo comprendido entre el 1° de enero y 31 de diciembre del 2022, 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 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 PreHospitalaria**

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 2022 se hayan definido como tal, por resolución como establecimiento dependiente del Servicio de Salud, como es el caso del Servicio de Salud Metropolitano Central.

## COMPROMISOS PARA EL CONJUNTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

### I. Área Atención Médica a Usuarios.

#### 1) 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		Personas diabéticas compensadas en el grupo de 15 y más años			
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INIDICADOR		
	Numerador: N° de personas con DM2 con hemoglobina glicosilada compensada en los últimos 12 meses	N° de personas con DM2 de 15 a 79 años con hemoglobina glicosilada bajo 7% más N° de personas con DM2 de 80 años y más años con hemoglobina glicosilada bajo 8%, según último control vigente en los últimos 12 meses	Tipo de Indicador	Dimensión del Indicador	A que establecimientos aplica
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2	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 MEDICION 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			$\left( \left( \text{N}^\circ \text{ de personas con DM2 de 15 a 79 años con hemoglobina glicosilada bajo 7\% según último control vigente en los últimos 12 meses} \right) + \left( \text{N}^\circ \text{ de personas con DM2 de 80 años y más años con hemoglobina glicosilada bajo 8\%, según último control vigente en los últimos 12 meses} \right) \right) / \text{Total de personas diabéticas de 15 y más años bajo control en el nivel primario} \times 100$		

#### 2) Evaluación anual de los pies en personas de 15 años y más con diabetes bajo control

OBJETIVO DEL PROCESO		Reducir la prevalencia de aquellas enfermedades prevenibles a través del control de sus factores de riesgo			
NOMBRE DEL INDICADOR		Evaluación anual de los pies en personas de 15 y más años con diabetes bajo control			
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INIDICADOR		
	N° de personas con DM2 bajo control de 15 y más años con una evaluación de pie vigente en el año t	N° 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	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 MEDICION 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				(Nº de personas con DM2 bajo control de 15 y más años con una evaluación de pie vigente en el año t / Nº total de personas diabéticas de 15 y más años bajo control en el nivel primario) *100	

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

OBJETIVO DEL PROCESO	Reducir la prevalencia de aquellas enfermedades prevenibles a través del control de sus factores de riesgo				
NOMBRE DEL INDICADOR	Personas hipertensas compensadas bajo control en el grupo de 15 y más años				
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL 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	Resultado intermedio	Eficacia	Establecimientos de atención primaria dependiente de Servicios de Salud (incluye hospitales de baja complejidad)
	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			
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				(((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) + (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)) / Nº total de personas hipertensas de 15 y más años bajo control en el nivel primario) *100	

4) Porcentaje de Intervenciones Quirúrgicas Suspendidas

OBJETIVO DEL PROCESO		Utilizar de manera eficiente el recurso quirófano en los establecimientos hospitalarios.			
NOMBRE DEL INDICADOR		Porcentaje de Intervenciones Quirúrgicas Suspendidas			
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
	Número de intervenciones en especialidad quirúrgicas suspendidas en el establecimiento en el periodo	Corresponde al número total de intervenciones quirúrgicas suspendidas por cualquier causa en el establecimiento, durante el año t.	Tipo de Indicador	Dimensión del Indicador	A que establecimientos aplica
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2	Proceso	Eficacia	Establecimientos de Alta Complejidad y Mediana Complejidad
Total de intervenciones en especialidad quirúrgicas programadas en tabla en el periodo	Corresponde al número total de intervenciones quirúrgicas programadas en tabla en el establecimiento, durante el año t.				
<b>INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR</b>					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANÁLISIS	PRIORIDAD
Porcentual	≤ 7%	Anual	Datos extraídos desde REM A21, Sección F.	SERVICIO DE SALUD	ALTA
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			$\left( \frac{\text{N}^{\circ} \text{ de intervenciones en especialidad quirúrgicas suspendidas en el establecimiento en el periodo}}{\text{N}^{\circ} \text{ total de intervenciones en especialidad quirúrgicas programadas en tabla en el periodo}} \right) * 100$		

5) Porcentaje de ambulatorización de cirugías mayores en el año t.

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 en el año t.			
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	Resultado	Eficacia	Establecimientos que cuentan con GRD
(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 de ≤ a 1,000, de tipo de ingreso programado y cuyo motivo o destino al alta sea domicilio				
<b>INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR</b>					

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 1 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Objetivo 1 y 3 del Formulario A1 de los Servicios de Salud			[[Número de egresos de CMA en el periodo) / (Número total de egresos de CMA + egresos posibles de ambulatorizar en el periodo)] * 100		

6) Variación del número de días promedio de espera para intervenciones quirúrgicas mayores y menores.

OBJETIVO DEL PROCESO		Disminuir los tiempos de espera quirúrgicos electivos de las personas con indicación de resolución por esta vía, focalizando la resolución priorizada por antigüedad, mejorando la oportunidad de resolución de los problemas de Salud.			
NOMBRE DEL INDICADOR		Variación del número de días promedio de espera para intervenciones quirúrgicas mayores y menores.			
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR		
	Promedio de días de espera del total de las intervenciones quirúrgicas electivas del año t	Corresponde al Promedio de días de espera del total de las intervenciones quirúrgicas electivas del periodo de medición (año t)	Tipo de Indicador	Dimensión del Indicador	A que establecimientos aplica
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2	Producto	Eficacia	Establecimientos que registren Lista de Espera de Intervenciones Quirúrgicas mayores y menores.
	Promedio de días de espera del total de las intervenciones quirúrgicas electivas del periodo t-1	Corresponde al Promedio de días de espera del total de las intervenciones quirúrgicas electivas del año anterior al periodo de medición (año t-1)			
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					
UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	PERIODICIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN	RESPONSABLE DE MEDICIÓN Y ANÁLISIS	PRIORIDAD
Días	Meta según desempeño establecido en tabla de sensibilidad de meta, según precisiones establecidas en Orientaciones Técnicas.	Anual	Planilla con datos y resultado del indicador de acuerdo con Información publicada en el Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE)	SERVICIO DE SALUD	ALTA
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			(Promedio de días de espera del total de las intervenciones quirúrgicas electivas del año t-1 del establecimiento – promedio de días de espera del total de las intervenciones quirúrgicas electivas del año t del establecimiento)		

Tabla de Sensibilidad de Metas en Intervenciones Quirúrgicas	
Tabla Asignación de Meta según Variación de Promedio	Meta de reducción de línea base
Rango de porcentaje de variación entre promedio país y promedio de establecimiento	
≤ -2%	0% (mantenerse bajo el promedio o no aumentar un 20%)
[-1,9%, 4,9%]	≥ 1,0%
[5,0%, 24,9%]	≥ 3%
[25,0%, 49,9%]	≥ 8%
[50,0%, 99,9%]	≥ 12%
≥ 100%	≥ 15%

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 mediana 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 MEDICION Y ANALISIS	PRIORIDAD
Porcentual	% cumplimiento de acuerdo con tabla	Anual	Informe de cumplimiento del indicador, según datos estadísticos obtenidos desde REM 09, Sección I.	SERVICIO DE SALUD	MEDIA
OBJETIVOS ESTRATEGICOS 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				$\left( \frac{\text{N}^\circ \text{ de altas de tratamiento odontológico de especialidades del periodo}}{\text{N}^\circ \text{ de ingresos a tratamiento odontológico de especialidades del periodo}} \right) * 100$	

Tabla N°1: Meta año a cumplir por Servicio de Salud

Tabla: Meta año a cumplir por Servicio de Salud	
Servicio de Salud	Meta 2022
Arica	100,00%
Iquique	≥87,03%
Antofagasta	≥76,63%
Atacama	≥83,80%
Coquímbo	≥82,06%
Valparaíso_ San Antonio	≥86,07%

Viña del Mar_ Quillota	≥77,02%
Aconcagua	≥98,88%
M. Norte	≥88,09%
M. Occidente	≥88,09%
M. Central	≥80,25%
M. Oriente	100,00%
M. Sur	≥89,66%
M. Suroriente	≥86,60%
O' Higgins	≥90,04%
Maule	≥81,53%
Ñuble	100,00%
Concepción	100,00%
Arauco	≥80,47%
Talcahuano	100,00%
Biobío	≥88,09%
A. Norte	≥77,38%
A. Sur	≥93,57%
Valdivia	≥84,00%
Osorno	100,00%
Del Reloncaví	≥91,54%
Chiloé	≥88,09%
Aysén	≥89,36%
Magallanes	≥88,09%

8) Atención ambulatoria de consultas médicas de especialidad.

OBJETIVO DEL PROCESO	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 DEL INDICADOR	Porcentaje de Cumplimiento de la Programación anual de Consultas Médicas realizadas por Especialistas en modalidad presencial y a distancia				
FÓRMULA DEL INDICADOR	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	A que establecimientos aplica
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2	Resultado	Eficacia	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 o, cuya programación es validada por Minsal, en modalidad presencial y a distancia.			
INFORMACIÓN PARA LA MEDICIÓN DEL INDICADOR					

UNIDAD DE MEDIDA	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 1 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Objetivo 1 y 3 del Formulario A1 de los Servicios de Salud				$\left( \frac{\text{N}^\circ \text{ de consultas especialista realizadas durante el periodo en modalidad presencial y a distancia}}{\text{N}^\circ \text{ total de consultas de especialista programadas y validadas para igual periodo, en modalidad presencial y a distancia}} \right) * 100.$	

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

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		
	N° 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 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).
	N° 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	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 1 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Objetivo 1 y 3 del Formulario A1 de los Servicios de Salud				$\left[ \frac{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes con indicación de hospitalización que espera en UEH T}' < 12 \text{ horas para acceder a cama de dotación en año t}}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes con indicación de hospitalización en UEH en año t}} \right] * 100$	

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

OBJETIVO DEL PROCESO		Disminuir la estancia media de pacientes derivados vía Unidad Centralizada de Casos a prestadores privados fuera de convenio.			
NOMBRE DEL INDICADOR		Promedio de días de estada de pacientes derivados vía Unidad 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 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 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 Centralizada de Casos al extrasistema	Corresponde al número total de pacientes que fueron derivados a prestadores privados fuera de convenio vía Unidad 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 Centralizada de Casos)	Anual	Datos entregados por la Unidad Centralizada de Casos del Ministerio de Salud	SERVICIO DE SALUD	MEDIA
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				$\left( \frac{\text{N}^\circ \text{ de días de hospitalización de pacientes derivados vía Unidad Centralizada de Casos en el extrasistema}}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes derivados vía Unidad Centralizada de Casos al extrasistema}} \right)$	

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

SERVICIO DE SALUD	META (días)
SS Arica	≤13,00
SS Iquique	≤13,00
SS Antofagasta	≤18,00
SS Atacama	≤13,00
SS Coquimbo	≤13,00
SS Valparaíso San Antonio	≤16,00
SS Viña del Mar Quillota	≤16,00
SS Aconcagua	≤16,00
SS Metropolitano Norte	≤16,00
SS Metropolitano Occidente	≤13,00
SS Metropolitano Central	≤16,00
SS Metropolitano Oriente	≤13,00
SS Metropolitano Sur	≤13,00
SS Metropolitano Sur Oriente	≤13,00
SS O'Higgins	≤13,00
SS Maule	≤13,00
SS Ñuble	≤13,00
SS Concepción	≤13,00
SS Talcahuano	≤13,00
SS Bío Bío	≤15,00
SS Arauco	≤13,00
SS Araucanía Norte	≤13,00
SS Araucanía Sur	≤13,00
SS Valdivia	≤13,00

SS Osorno	≤16,00
SS Reloncaví	≤14,00
SS Chiloé	≤13,00
SS Aysén	≤16,00
SS Magallanes	≤13,00

## 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	Tipo de indicador	Dimensión del indicador	A que establecimientos aplica
	B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
	Garantías Cumplidas + Garantías Exceptuadas + Garantías Incumplidas Atendidas	Corresponde al total de garantías de oportunidad atendidas y exceptuadas en el año t.			
	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 meta del 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 y 2 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Objetivo 1 y 3 del Formulario A1 de los Servicios de Salud				$\left[ \frac{\text{Garantías Cumplidas} + \text{Garantías Exceptuadas} + \text{Garantías Incumplidas Atendidas}}{\text{Garantías Cumplidas} + \text{Garantías Exceptuadas} + \text{Garantías Incumplidas Atendidas} + \text{Garantías Incumplidas No Atendidas} + \text{Garantías Retrasadas acumuladas}} \right] * 100$	

## 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		
	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1	DATOS DEL INDICADOR

FÓRMULA 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
		B- VARIABLE 2	DESCRIPCIÓN VARIABLE 2			
		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	100%	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 1 y 2 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.				$\left( \frac{\text{N}^\circ \text{ de solicitudes de transporte secundario reguladas por médico según protocolo en el año t.}}{\text{N}^\circ \text{ total de solicitudes de transporte secundario en el año t.}} \right) * 100$		

13) Actualización de conocimientos ACLS- Apoyo Vital Cardiopulmonar Avanzado a médicos del Servicio del Servicio de Atención Médica de Urgencia (SAMU) del Servicio metropolitano Central.

OBJETIVO DEL PROCESO	Actualización continua de los médicos del SAMU perteneciente al 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 símil.					
FÓRMULA DEL INDICADOR	A- VARIABLE 1	DESCRIPCIÓN VARIABLE 1		DATOS DEL INDICADOR		
	Número de médicos con capacitación actualizada en ACLS o símil.	Corresponde al número de médicos con capacitación actualizada en ACLS o símil 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 símil.	SERVICIOS DE SALUD	MEDIA	
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS				FÓRMULA DE CÁLCULO		
Objetivo 1 y 2 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.				$\left( \frac{\text{N}^\circ \text{ de médicos con capacitación actualizada en ACLS o símil}}{\text{N}^\circ \text{ total de médicos SAMU}} \right) * 100$		

14) 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)

OBJETIVO DEL PROCESO		Propender a mejorar las intervenciones que los testigos de un colapso extra hospitalario 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 extra hospitalario. 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 solicitante.			
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			
	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.	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	≥ 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.	SERVICIOS DE SALUD	ALTA
OBJETIVOS ESTRATÉGICOS INSTITUCIONALES ASOCIADOS			FÓRMULA DE CÁLCULO		
Objetivo 1 y 2 del formulario A1 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.			$(\text{Número de indicaciones de BLS realizadas por operador telefónico a solicitante en caso de RCP} / \text{Total de solicitudes telefónicas de atención de pacientes por RCP}) * 100$		

2º Los compromisos son priorizados, clasificándolos 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. Por otra parte, 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.**

3º Aquellos Servicios de Salud que en 2021 presentaron en alguno (s) de los indicadores del presente Decreto un mejor desempeño respecto de la meta fijada para el 2022, deben comprometer a lo menos la mantención de dicha meta. El Ministerio de Salud en acuerdo con DIPRES, deberán resolver la pertinencia de una meta inferior a la meta nacional.

4º 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  
Nota: PBM = es el porcentaje de bonificación máximo que se establecerá en el Decreto de disponibilidades presupuestarias de marzo del año 2023.

5° El porcentaje de cumplimiento global del establecimiento se calculará 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, aludiendo para ello, lo prescrito en el Art. 45 del código civil el que indica "Se llama fuerza mayor o caso fortuito el imprevisto a que no es posible resistir, como un naufragio, un terremoto, el apresamiento de enemigos, los actos de autoridad ejercidos por un funcionario público, etc."

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, catástrofe y cambios de legislación, como también las reducciones presupuestarias externas al Ministerio de Salud, siempre que afecten ítems relevantes para el cumplimiento.

7° Los directores de establecimientos deberán celebrar convenios con los directores de Servicios de Salud para el cumplimiento de estos objetivos dentro de las áreas prioritarias señaladas, fijándose las metas por cada establecimiento o unidad de trabajo. Los referidos convenios deberán ser aprobados por Resolución Exenta, convenios que deberán ser consistentes con los 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.

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**



**SR. RODRIGO CERDA NORAMBUENA**  
**MINISTRO DE HACIENDA**



**DR. ENRIQUE PARIS MANCILLA**  
**MINISTRO DE SALUD**



## DOCUMENTO TÉCNICO

# INFORMES DE JUSTIFICACIÓN CAMBIOS METAS 2022

# PROCESO DE FORMULACIÓN METAS DE LA LEY 19.664

Metas de Desempeño Institucional, Art. 37 Ley 19.664

DEPARTAMENTO DE CONTROL DE GESTION  
Gabinete Subsecretaría de Redes Asistenciales

## ANTECEDENTES

Entre los principales mecanismos de incentivos remuneracionales asociados a cumplimiento de compromisos institucionales que tiene el Sistema de Salud Pública de Chile están las **“Metas Sanitarias”**. Estas se encuentran estipuladas en la Ley 19.937 para profesionales, técnicos, administrativos y auxiliares; la Ley 20.707 que incentiva a los profesionales médicos que se desempeñan en sistema de turno; y para los médicos con desempeño diurno se regula a través de la Ley 19.664.

Para la Ley 19.664, su proceso de Formulación se rige por el Decreto N° 849 del Ministerio de Salud que prueba Reglamento para pago de Bonificación por Desempeño Colectivo Institucional a que se Refiere el Artículo 37 de la Ley N° 19.664. En su Párrafo 3º De los programas de trabajo Artículo 4. *“El Ministro de Salud definirá, mediante un decreto suscrito también por el Ministro 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, sin perjuicio de aquellos objetivos que, en particular, se establezcan para uno o más Servicios. Dicho decreto deberá dictarse, a más tardar, dentro del mes de septiembre de cada año y en él se establecerán los indicadores de desempeño correspondientes a los compromisos suscritos por todos los Servicios de Salud, para los que se deberá definir una meta para el año respectivo, sus prioridades específicas, que serán determinadas a través de ponderadores, y el porcentaje mínimo de cumplimiento de los convenios que al efecto tales Servicios suscribirán”*.

En este marco, 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 deberá 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 14 indicadores (un indicador menos que el año 2021 ya que se fusionaron los dos indicadores de Programación presentes en el Decreto N° 60/2020). De los 14 compromisos, 7 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 Decreto y compromisos para el año 2022:

**INDICADOR:**

VARIACIÓN DEL NÚMERO DE DÍAS PROMEDIO DE ESPERA PARA INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS MAYORES Y MENORES.

**JUSTIFICACIÓN:**

La meta asociada al Indicador de Lista de Espera busca disminuir los tiempos de espera quirúrgicos electivos de las personas con indicación de resolución por esta vía, focalizando la resolución priorizada por antigüedad y mejorando la oportunidad de resolución de los problemas de salud. Se toma como base el promedio país el cual permite tener una referencia para evaluar el comportamiento de todos los Establecimientos al inicio del año t, a ello se diseña una tabla con rangos de metas, exigiendo mayor reducción a aquellos establecimientos que se encuentran en un promedio superior al país.

De acuerdo con lo observado en el promedio de días de espera de la Lista de Espera Quirúrgica durante los años 2020 y 2021, se hace necesario ajustar la exigencia de reducción con respecto a la línea base, considerando, además, que durante al año 2022 los establecimientos deberán dar prioridad a los casos con mayor riesgo biomédico por sobre la antigüedad:

**Tabla aplicada para el año 2022**

Rango de porcentaje de variación entre promedio país y promedio de establecimiento	Meta de reducción de línea base
≤ -2%	0% (mantenerse bajo el promedio o no aumentar un 20%)
[-1,9%, 4,9%]	≥ 1,0%
[5,0%, 24,9%]	≥ 3%
[25,0%, 49,9%]	≥ 8%
[50,0%, 99,9%]	≥ 12%
≥ 100%	≥ 15%

Se destaca en este punto aplicar la ponderación para el cálculo de la meta según el criterio general de la Norma para la Ley 19.664. ***“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”.***

**ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN (División/Departamento)**

Control de Gestión DIGERA

**INDICADOR:**

PORCENTAJE DE ALTAS ODONTOLÓGICAS DE ESPECIALIDADES DEL NIVEL SECUNDARIO POR INGRESO DE TRATAMIENTO

**JUSTIFICACIÓN:**

La meta asociada al Indicador de Especialidades Odontológicas busca aumentar el porcentaje de altas odontológicas en establecimientos de alta y mediana complejidad.

El estudio se proyecta en relación con los años anteriores (progresivamente desde el año 2017). Durante el año 2020, el promedio nacional de cumplimiento fue 88,09% y en el periodo enero-junio 2021 un 96,40%. Por lo tanto, la meta proyectada 2022, estima un cumplimiento a nivel nacional de un 88,84%.

Lo anterior bajo una mirada de la realidad local donde el estudio de datos históricos es relevante al momento de la exigencia para cada Servicio de Salud dado los siguientes escenarios:

- a. Para los Servicios de Salud, que obtuvieron durante el 2020 un resultado menor al promedio nacional del mismo año, deberán aumentar a lo menos, la diferencia entre el promedio nacional 2020 respecto del promedio nacional 2019, en puntos porcentuales.
- b. Para los Servicio de Salud, que obtuvieron durante el año 2020 un resultado por sobre el promedio nacional del mismo año, deberán mantener o aumentar el porcentaje obtenido durante el año 2020.
- c. Para los Servicios de Salud, que aumentando la diferencia entre el promedio nacional 2020 respecto del promedio nacional del 2019, proyecten un resultado menor al obtenido por el mismo Servicio de Salud durante el año 2019, deberán mantener o aumentar el porcentaje obtenido durante el año 2019. Si el porcentaje, es mayor al promedio nacional 2020, deberá mantener o aumentar el porcentaje nacional obtenido durante el año 2020.
- d. Para los Servicios de Salud cuyo resultado durante el 2020, fue mayor al 100%, se considerará que cumple con la meta 2022 si obtiene igual o más del 100% de cumplimiento.
- e. La meta para cada Establecimiento se evaluó con datos para los años 2019-2020, la cual se muestra como sigue:

### Aplicación de metas a los Establecimientos:

Servicio de Salud	2019	Promedio país 2019	2020	Promedio país 2020	Meta 2022
ARICA	84,05%	87,93%	119,05%	88,09%	100,00%
IQUIQUE	86,82%		86,87%		≥87,03%
ANTOFAGASTA	75,07%		76,47%		≥76,63%
ATACAMA	83,80%		76,64%		≥83,80%
COQUIMBO	82,06%		80,36%		≥82,06%
VALPARAÍSO	84,17%		85,91%		≥86,07%
VIÑA DEL MAR	77,02%		72,74%		≥77,02%
ACONCAGUA	87,93%		98,88%		≥98,88%
M. NORTE	92,73%		80,03%		≥88,09%
M. OCCIDENTE	88,73%		78,81%		≥88,09%
M. CENTRAL	71,17%		80,09%		≥80,25%
M. ORIENTE	102,34%		108,24%		100,00%
M. SUR	76,64%		89,66%		≥89,66%
M. SUR ORIENTE	86,60%		81,75%		≥86,60%
O'HIGGINS	85,72%		90,04%		≥90,04%
MAULE	81,53%		77,31%		≥81,53%
ÑUBLE	105,91%		108,69%		100,00%
CONCEPCIÓN	91,38%		111,97%		100,00%
ARAUCO	80,47%		71,72%		≥80,47%
TALCAHUANO	102,42%		110,55%		100,00%
BIO BIO	93,41%		84,39%		≥88,09%
A. NORTE	77,38%		69,02%		≥77,38%
A. SUR	92,10%		93,57%		≥93,57%
VALDIVIA	84,00%		81,93%		≥84,00%
OSORNO	81,03%		109,97%		100,00%
DEL RELONCAVÍ	96,97%		91,54%		≥91,54%
CHILOÉ	109,24%		85,05%		≥88,09%
AYSÉN	92,33%		89,36%		≥89,36%
MAGALLANES	97,05%		64,10%		≥88,09%

ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN (División/Departamento)

Control de Gestión DIGERA

**INDICADOR:**

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA PROGRAMACIÓN ANUAL DE CONSULTAS MÉDICAS REALIZADAS POR ESPECIALISTAS EN MODALIDAD PRESENCIAL Y A DISTANCIA

**JUSTIFICACIÓN:**

La programación institucional tiene por objetivo disponibilizar de manera eficiente la oferta total de horas asignadas a la atención ambulatoria de especialidad incluyendo de esta manera tanto la modalidad presencial como la atención a distancia para lo cual se propone evaluar la totalidad de la producción en relación con lo programado.

Con el fin de dar respuesta a la necesidad de atención de consultas ambulatorias de especialidad, se potencia la ejecución de atención a distancia (incluyendo las teleconsultas y teleinterconsultas) observándose un alto dinamismo entre la oferta de atención presencial y remota, buscando con ello la flexibilidad en la gestión de la programación para no diferenciar entre ambas modalidades. Así como también se ha manifestado el ordinario 2448 en cual indica. *“Las estrategias de atención remota han sido reconocidas por el Ministerio de Salud. Ya en el Programa Nacional de Telesalud aprobado por resolución exenta N° 342 del 9 de marzo del año 2018, se estableció la Telesistencia como una estrategia que permite vincular a las personas con la Red de Salud, según herramientas tecnológicas y de telecomunicación disponibles manteniendo siempre en consideración los derechos y deberes de los pacientes según ley N° 20.584 que regula todos los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud”*

Con todo y dado lo anterior se plantea fusionar los indicadores 8 y 10 del año 2021, en uno solo y que incorpore ambas modalidades, dado que se considera la programación total de los establecimientos, independiente de la particularidad en la atención, entendiéndose que ambas buscan entregar una atención oportuna y de calidad al paciente.

**ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN (División/Departamento)**

Control de Gestión DIGERA

**INDICADOR:**

PROMEDIO DE DÍAS DE ESTADA DE PACIENTES DERIVADOS VÍA UNIDAD CENTRALIZADA DE CASOS A PRESTADORES PRIVADOS FUERA DE CONVENIO

**JUSTIFICACIÓN:**

Las metas se definieron tras realizar una revisión mensual de los años 2019 y 2020 con respecto a los días de estadía promedio de pacientes derivados vía Unidad Centralizada de Casos a prestadores privados fuera de convenio de cada servicio de salud. Además, en esta revisión se consideró la realidad de cada servicio de salud en relación con los centros de salud disponibles en la región y su capacidad resolutive.

Dado lo anterior se resolvió orientar la meta a cada Servicio de Salud producto de la realidad local de los Establecimientos y sus derivaciones.

Este indicador tiene como objetivo:

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.

**Tabla de Meta para cada Servicio de Salud**

SERVICIO 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 Bío Bío	≤15
SS Arauco	≤13
SS Araucanía Norte	≤13

SS Araucanía Sur	≤13
SS Valdivia	≤13
SS Osorno	≤16
SS Reloncaví	≤14
SS Chiloé	≤13
SS Aysén	≤16
SS Magallanes	≤13

Se reemplaza "UGCC: Unidad de Gestión Centralizada de Camas" por "Unidad Centralizada de Casos", debido a Resolución Exenta N° 714 del Ministerio de Salud del 21 de septiembre de 2021.

**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 el 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.

Quedando la Fórmula de cálculo del indicador del año 2022:

$$\left( \frac{\text{Garantías Cumplidas} + \text{Garantías Exceptuadas} + \text{Garantías Incumplidas Atendidas}}{\text{Garantías Cumplidas} + \text{Garantías Exceptuadas} + \text{Garantías Incumplidas Atendidas} + \text{Garantías Incumplidas No Atendidas}} \right) \times 100$$

Servicio de Salud	Antigüedad del Retraso							Total general	%
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021		
ARAUCANÍA SUR				5	39	2.306	2.533	4.888	10,60%
VALPARAÍSO SAN ANTONIO			4	14	73	1.053	2.316	3.490	7,51%
METROPOLITANO OCCIDENTE				1	12	974	2.346	3.333	7,23%
VIÑA DEL MAR QUILLOTA				4	77	1.441	1.804	3.326	7,22%
METROPOLITANO NORTE				1	25	567	2.410	3.003	6,52%
NUBLE					1	1.726	1.036	2.763	6,00%
DEL MAULE		1	1	1	7	575	1.992	2.577	5,59%
VALDIVIA					64	972	1.462	2.498	5,40%
METROPOLITANO SURORIENTE				2	40	772	1.631	2.445	5,31%
LIBERTADOR B. O'HIGGINS	1			11	37	642	1.395	2.086	4,53%
COQUIMBO						963	1.101	2.054	4,46%
BIOBÍO					2	972	879	1.853	4,02%
METROPOLITANO CENTRAL			2	9	54	502	1.012	1.579	3,43%
CONCEPCIÓN			2	37	585	699	1.323	2,87%	
TALCAHUANO					1	568	744	1.313	2,85%
ACONCAGUA			2	1	576	624	1.203	2,61%	
ARAUCANÍA NORTE						423	477	900	1,95%
METROPOLITANO SUR					13	213	672	898	1,95%
DEL RELONCAVI				1	15	268	466	750	1,63%
CHILE						384	338	722	1,57%
AYSEN					4	181	352	537	1,17%
METROPOLITANO ORIENTE				1	2	221	259	483	1,05%
ANTOFAGASTA					3	125	336	464	1,01%
ARAUCO				3	6	214	211	434	0,94%
ATACAMA						195	212	407	0,88%
MAGALLANES					1	156	206	363	0,79%
OSORNO						80	218	298	0,65%
IQUIQUE				2	6	20	95	123	0,27%
ARICA							1	1	0,00%
<b>Total general</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>59</b>	<b>520</b>	<b>17.664</b>	<b>27.829</b>	<b>46.081</b>	<b>100,00%</b>

La tabla anterior refleja los retrasos acumulados de años anteriores.

**ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN (División/Departamento)**

Control de Gestión DIGERA

**INDICADOR:**

PORCENTAJE DE MÉDICOS CON CAPACITACIÓN ACTUALIZADA EN ACLS O SÍMIL.

**JUSTIFICACIÓN:**

Las modificaciones asociadas a este indicador se explican dado que se busca tener una mejor precisión del universo de profesionales a capacitar, por lo que se reemplaza la variable 2: "Corresponde al número total de médicos que laboran en el SAMU en el respectivo servicio de salud, tanto en el área de regulación como de intervención, del año t" por esta nueva variable 2: "Corresponde al número de médicos de la dotación total del SAMU."

**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 al momento de un año con otro. Sin embargo, se deja el antecedente del REM, en la OOTT de esta meta se especificarán las rutas específicas.

**ÁREA RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN (División/Departamento)**

Control de Gestión DIGERA