

REPÚBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE REDES
ASISTENCIALES

PCF / GAR / JVC / ADA / CGC / CSB

RECEPCION

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.....

--	--	--

FIJA AREAS PRIORITARIAS Y COMPROMISOS AÑO 2015
PARA PAGO DE BONIFICACION POR DESEMPEÑO
COLECTIVO INSTITUCIONAL A QUE SE REFIERE EL
ARTICULO 37 DE LA LEY Nº 19.664

SANTIAGO, 30 SEP 2014

EXENTO Nº 769 /

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°1600, de 2008, de Contraloría General de la República. Ordinario N°1758 de fecha 12 de Septiembre del 2014 del Sr. Ministro (S) de Hacienda, 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

Artículo 1º.- Establézcanse las áreas prioritarias y objetivos que a continuación se indican, que deberán ser cumplidos dentro del periodo comprendido entre el 1º de enero y 31 de diciembre del 2015, por los Servicios de Salud:



09091/2014

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 y garantizar una atención médica oportuna y de calidad cuando ésta se requiera:

- a. Reducir la prevalencia de aquellas enfermedades prevenibles a través del control de sus factores de riesgo.
- b. Contribuir a satisfacer las necesidades de atención médica de la población y procurar una atención resolutive.
- c. Mejorar la calidad de la atención, de la actividad quirúrgica y de hospitalización en los establecimientos de los Servicios de Salud, por medio de la revisión permanente de prácticas de trabajo, prevención y control de las infecciones intrahospitalarias y eficacia en el uso de los recursos.

2. Área Atención Odontológica a Usuarios

Objetivo: Mantener y mejorar la salud buco - dental de la población con intervenciones efectivas en salud odontológica:

- a. Mejorar la atención odontológica integral de nivel primario otorgada en los distintos establecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud.
- b. Aumentar la atención odontológica de especialidades de tipo secundario y terciario otorgada en los distintos establecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud.

3. Área de Apoyo Clínico.

Objetivo: Mejorar las intervenciones clínicas, especialmente en áreas de apoyo diagnóstico y clínico terapéutico, para entregar una mejor calidad en los servicios asistenciales.

4. 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.



COMPROMISOS PARA EL CONJUNTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

1. Área Atención Médica a Usuarios.

1. AREA DE ATENCION MEDICA DE USUARIOS						
N°	Tipo de Indicador	Indicador de Desempeño	Formula de Cálculo	Meta 2015	Prioridad	Medio de Verificación
1.1	Eficacia	Porcentaje de pacientes hipertensos compensados (< 140/90 mmHg) bajo control en el grupo de 15 - 64 años en el nivel primario, año t.	$(N^{\circ} \text{ pacientes hipertensos de 15 a 64 años bajo control en el nivel primario, con P.A. < 140/90 mmHg, año t} / \text{Total de pacientes hipertensos de 15 a 64 años bajo control en el nivel primario en año t}) * 100$	$\geq 67\%$	Alta	Resumen Estadístico Mensual
1.2	Eficacia	Porcentaje de pacientes diabéticos compensados (HbA1c < 7) bajo control en el grupo de 15 - 64 años en el nivel primario, año t.	$(N^{\circ} \text{ pacientes diabéticos en el grupo de 15 a 64 años bajo control en el nivel primario con HbA1c < 7, año 2011} / \text{Total de pacientes diabéticos en el grupo de 15 a 64 años en el nivel primario, año t}) * 100$	$\geq 48\%$	Alta	Resumen Estadístico mensual
1.3	Eficacia	Porcentaje de utilización de pabellones de cirugía electiva	$((N^{\circ} \text{ de horas ocupadas de pabellón año t} / N^{\circ} \text{ total de horas de pabellón cirugía electiva disponibles del establecimiento año t}) * 100)$	$\geq 85\%$	Alta	Resumen Estadístico mensual
1.4	Calidad	Porcentaje de pacientes reoperados no programados con análisis realizado	$((N^{\circ} \text{ de pacientes reoperados no programados analizados en reunión clínica} / \text{Número total de pacientes reoperados no programados}) * 100)$	$\geq 65\%$	Media	Informe Semestral con estado de cumplimiento mensual enviado por los Servicios de Salud, validado por el Depto. De Calidad y Seguridad del Paciente del SS
1.5	Eficacia	Promedio de días de estada de hospitalización en establecimientos de alta complejidad	$(N^{\circ} \text{ total de días de estada en establecimientos de alta complejidad en un año t} / \text{Número total de pacientes egresados de hospitalización de establecimientos de alta complejidad año t})$	≤ 6	Media	Resumen Estadístico Mensual, Informe Servicio de Salud, Validado por el Depto. De Estadísticas del SS

2. Área de Atención Odontológica a Usuarios

2. AREA DE ATENCION ODONTOLÓGICA A USUARIOS						
N°	Tipo de Indicador	Indicador de Desempeño	Formula de Cálculo	Meta 2015	Prioridad	Medio de Verificación
2.1	Eficacia	Porcentaje de altas de tratamiento odontológicas en niños y niñas menores e iguales a 7 años, realizadas por especialidad de Odontopediatría en nivel secundario.	$((N^{\circ} \text{ de altas de tratamiento odontológicas en niños menores e iguales a 7 años, realizadas en Odontopediatría nivel secundario año t} / N^{\circ} \text{ de Altas Odontológicas totales de Odontopediatría realizadas en el nivel secundario año t}) * 100)$	$\geq 69\%$	Alta	Resumen Estadístico Mensual
2.2	Eficacia	Porcentaje de altas de tratamiento en embarazadas que acceden a primera consulta odontológica de especialidades en establecimientos de nivel secundario y terciario.	$((N^{\circ} \text{ de embarazadas con Altas de Tratamiento en establecimientos de nivel secundario y terciario año t} / N^{\circ} \text{ embarazadas con primera consulta de especialidades Odontológicas año t}) * 100)$	$\geq 82\%$	Alta	Resumen Estadístico Mensual

3. Área de Apoyo Clínico

3. AREA DE APOYO CLINICO						
Nº	Tipo de Indicador	Indicador de Desempeño	Formula de Cálculo	Meta 2015	Prioridad	Medio de Verificación
3.1	Eficacia	Porcentaje de Recetas para pacientes ambulatorios dispensadas completas el mismo día de su presentación en la farmacia	$((N^{\circ} \text{ de recetas para pacientes ambulatorios dispensadas en el año } t \text{ completas el mismo día de su presentación en la farmacia} / N^{\circ} \text{ Total recetas para pacientes ambulatorios dispensadas en el año } t) * 100)$	≥98%	Mediana	Planilla diaria de registro de dispensación u otro medio similar disponible validado, por el el Jefe del Area
3.2	Eficacia	Porcentaje de camas en trabajo de hospitales de Alta Complejidad con Sistema de Dispensación de medicamentos por dosis diarias con relación al total de camas en trabajo de hospitales de Alta Complejidad	$((N^{\circ} \text{ de camas en trabajo de hospitales de Alta Complejidad con sistema de dispensación de medicamentos por dosis diaria funcionando en el año } t / N^{\circ} \text{ Total de camas en trabajo de hospitales de Alta Complejidad en el año } t) * 100)$	≥95%	Mediana	Reporte de los Servicio de Salud de camas con dispensación de medicamentos por dosis diaria, validado por el Jefe del Area.

4. Área Coordinación de Red Asistencial.

4. AREA COORDINACION DE RED ASISTENCIAL						
Nº	Tipo de Indicador	Indicador de Desempeño	Formula de Cálculo	Meta 2015	Prioridad	Medio de Verificación
4.1	Eficacia	Porcentaje de casos de garantías explícitas en salud con indicación de tratamiento, en los que se cumplen las garantías de oportunidad con inicio de tratamiento.	$((N^{\circ} \text{ de casos de Garantías Explícitas en Salud con indicación de tratamiento, en los que se cumplen las garantías de oportunidad de inicio de tratamiento año } t / \text{Número total de casos de Garantías Explícitas en Salud con indicación de tratamiento año } t) * 100)$	≥100%	Alta	Reportes del Servicio de Salud e Informe del Sistema de Información que esté en aplicación para estos efectos (ambos)
4.2	Eficacia	Porcentaje de atenciones trazadoras de tratamiento GES otorgadas según lo programado de atenciones trazadoras de tratamiento GES en contrato PPV para el año t	$((N^{\circ} \text{ de atenciones trazadoras de tratamiento GES otorgadas dentro del año } t / N^{\circ} \text{ de atenciones trazadoras de tratamiento programadas en el contrato PPV GES para el año } t) * 100)$	≥100%	Alta	Reportes del Servicio de Salud e Informe del Sistema de Información que esté en aplicación para estos efectos (ambos)

NOTAS DE LOS INDICADORES

1.1 Se entiende por paciente hipertenso compensado aquel que habiendo sido diagnosticado con presión arterial persistentemente elevada ($> o = a 140/90 \text{ mmHg}$) registra una presión arterial menor a $PA < 140/90 \text{ mmHg}$ en último control vigente. Los pacientes hipertenso bajo control son aquellos que están adscritos al programa de salud cardiovascular del establecimiento de atención primaria que les corresponde y que no hayan dejado de asistir a control por más de 12 meses desde la última atención.

1.2 Se entiende por paciente diabético compensado aquel que habiendo sido diagnosticado como diabético Tipo 2, presenta una $HbA1c < 7$ según último control vigente. Los pacientes diabéticos bajo control son aquellos que están adscritos al programa de salud cardiovascular del establecimiento de atención primaria que les corresponde y que no hayan dejado de asistir a control por más de 12 meses desde la última atención.

1.3 Las horas ocupadas de pabellón corresponden a la suma de las horas de preparación más las horas ocupadas en las cirugías en sí mismas. Las cirugías electivas corresponden al procedimiento quirúrgico que por las características del cuadro clínico del paciente pueden ser programadas sin riesgo de su estado actual. Información obtenida de DEIS.

1.4 Definición de Paciente Operado No Reprogramado: Paciente que es sometido a una intervención quirúrgica no programada dentro de los primeros 30 días de haber sido realizada la intervención quirúrgica. La reunión médica tiene como objetivo identificar y analizar las causas de la reintervención no programada. Los pacientes reoperados no programados deberán ser presentados en reunión clínica dentro de los primeros 20 días de realizada la intervención.

1.5 Se considera el total de días de estada del establecimiento, excluyendo los días de estada de salud mental y geriatría.

2.1 La atención odontológica para niños de 6 años incorporada en AUGE corresponde a nivel de atención primaria y por lo tanto este indicador no mide dichas atenciones. Por su parte en el nivel secundario las altas odontológicas de especialidad de odontopediatría de niños de 2, 4 y 6 años consiste fundamentalmente en solucionar integralmente las patologías bucodentarias que presentan los niños derivados de la atención primaria de salud que por su complejidad no pueden ser atendidos en dicho nivel. La atención debe ser integral y se realiza a través de prestaciones tales como: pulpotomías, obturaciones amalgamas, ionomeros y composite simples y complejas, y restauraciones de mayor extensión como coronas de acero. Además de mantenedores de espacio, ortodoncia interceptiva y atención bajo sedación. El objetivo del tratamiento es asegurar que se complete con normalidad el ciclo eruptivo.

2.2 Se entiende por "Altas de Tratamiento" las actividades realizadas en establecimientos secundarios y terciarios, que registran sus actividades en el REM A09, sección I. Según el manual REM 2014, se registra el número de pacientes que han terminado su tratamiento de odontología de especialidad. Se entiende por primera consulta odontológica a la primera vez que el paciente consulta, en el año calendario, en el establecimiento para solicitar solución a una patología odontológica determinada.

3.1 Recetas: Se incluyen solo las recetas que contengan medicamentos pertenecientes al arsenal farmacológico del establecimiento. Se entiende por dispensación completa a la entrega total de prescripciones y a la cantidad de medicamentos de la receta. En el denominador Dispensadas se refiere a las recetas que son solicitadas en la farmacia. Día de emisión: dentro de las 24 horas. El cumplimiento de este indicador se encuentra sujeto al cumplimiento por parte de CENABAST (Central Nacional de Abastecimiento) del 100% de los despachos de las compras comprometidas con los Servicios de Salud, esto aplica solo para aquellos Servicios que hayan realizado a través de Cenabast la compra de un porcentaje no menor al 60% del gasto total realizados en fármacos e insumos.

3.2 El indicador para esta meta considera en el denominador el promedio de camas en uso mensual y en el numerador el número de camas en uso que tuvieron entrega de fármacos utilizando el sistema de dosis diaria. Definición de dispensación de dosis diaria: es aquel que signa a un paciente un envase que contiene una dosis diaria e individualizada de un medicamento, es preparado por el servicio de farmacia y entregado a la enfermera, quien lo administra directamente al paciente.

4.1 Los casos con Garantías Explícitas en Salud (GES) correspondientes a los problemas de salud que se encuentren vigentes al 1° de Enero del 2015 se evaluarán a contar de dicha data hasta el 31 de diciembre del mismo año, el universo de garantías incluye solo las referidas a inicio de tratamiento.

- a) El número de garantías GES cumplidas (numerador) en el año T corresponden al total de garantías activadas en el año T que se tipifican como incumplidas, incumplidas con evento y exceptuada dentro de plazo.
- b) Se definen como garantías GES totales (denominador) a la suma de las garantías cumplidas, incumplidas con evento, exceptuadas dentro de plazo, incumplidas sin evento y exceptuadas fuera de plazo.
- c) Respecto a las garantías incumplidas sin evento y en complemento con el punto b), no solo se consideran las generadas en el año T sino que se suman igualmente las acumuladas de periodos anteriores.
- d) No se incluirán las garantías nombradas como "No Definidas"
- e) No incluye las garantías vigentes al momento del corte.
- f) El universo de garantías a considerar se determina a partir de la fecha límite de cumplimiento, las que será coincidente con el año T.

Las Garantías Explícitas en Salud se definen como aquellos derechos en materia de salud relativos al acceso, calidad, oportunidad y protección financiera, con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a los problemas de salud incluidos en el régimen GES. Para este indicador se consideran Garantías Retrasadas a aquellas que no cumplen con la garantía explícita de oportunidad: referida al plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, en la forma, condiciones que determina el Decreto respectivo.

4.2 Aplica considerando en el denominador el contrato PPV. Considera todas las atenciones realizadas (prestaciones realizadas) desde el 01/01/2015 al 31/12/2015. Considera todas las atenciones realizadas de tratamiento incluidas en el PPV respectivos reconocido entre ambas partes, establecimiento / Servicio y el FONASA. Según macro red vigente. El denominador podrá ser modificado por la reprogramación del contrato PPV, hasta el 31 de Octubre del 2015, siempre y cuando el FONASA emita un informe en donde señale las causales de dicha. Si esta se debe a causales externas de la institución se considerará en el denominador la reprogramación, por el contrario si las causales son por problemas de gestión interna no será posible modificar la programación inicial en el denominador.

Artículo 2°: Los compromisos son priorizados, clasificándolos en Alta y Mediana Prioridad. Los indicadores deberán ser priorizados de acuerdo a 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.

Artículo 3°: Aquellos Servicios de Salud que en 2014 presentaron en alguno (s) de los indicadores del presente decreto un mejor desempeño respecto de la meta fijada para el 2015, deben comprometer a lo menos la mantención de dicha cifra.

Artículo 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 a la siguiente indicación:

- a) Establecimientos con porcentaje de cumplimiento de los compromisos anuales mayor o igual a 90%:
Porcentaje de Bonificación = 100% del PBM
- b) Establecimientos con porcentaje de cumplimiento de los compromisos anuales mayor o igual a 75% y menor a 90%
Porcentaje de Bonificación = 50% 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 2015.

Artículo 5º: 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.*

Artículo 6º: 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, convenios que deberán ser consistentes con los que cada Servicio de Salud celebre con el Ministerio de Salud.

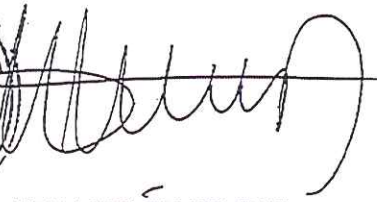
Artículo 7º: El Ministerio de Salud deberá certificar el porcentaje de cumplimiento de los compromisos fijados para los Servicios de Salud y sus establecimientos dependientes.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE

POR ORDEN DEL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA


ALBERTO ARENAS DE MESA
MINISTRO DE HACIENDA


DRA. HELIA MOLINA MILMAN
MINISTRA DE SALUD





Formulación Ley Médica 2015

INSTRUCCIONES FORMULACIÓN LEY MÉDICA DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN APLICACIÓN DIPRES

1.- Introducción

La formulación de Ley médica se divide en dos etapas: Formulación del Decreto y Formulación de los convenios de desempeño de los Servicios de Salud que incluyen los compromisos de los respectivos establecimientos.

El Ministro de Salud definirá, mediante un decreto suscrito también por el Ministro de Hacienda, los compromisos para el pago de bonificación por desempeño colectivo institucional a que se refiere el artículo 37 de la ley N°19.664. En este decreto se detallan las áreas prioritarias de los Servicios de Salud, sus objetivos y los compromisos para el conjunto de los Servicios de Salud para el año siguiente. Los compromisos consisten en un conjunto de indicadores, con sus respectivas metas y prioridades.

La Formulación de los convenios de desempeño de los Servicios de Salud consiste en compromisos que firman los establecimientos y que una vez consensuados con el respectivo servicio de salud, se presentan al Ministerio de Salud para su aprobación. Estos convenios deben ser formulados dentro del marco que fija el decreto.

2.- Metodología

El ingreso y validación de esta información se hace a través del sitio Web que DIPRES ha puesto a disposición para tal efecto, aplicación que tiene por objeto mejorar la eficiencia operacional, simplificando y facilitando el intercambio de información con los servicios desde cualquier punto del territorio. Asimismo, el uso de la página Web permite un adecuado nivel de seguridad respecto a la privacidad en el acceso a la información a través del uso de autorizaciones electrónicas (password) y de un mecanismo fácil y expedito para la formulación de compromisos.

El proceso de formulación ha sido diseñado de forma tal que todos los actores relevantes del mismo puedan conocer en detalle el estado de avance y contenidos, a través del uso de claves de acceso.

Las claves que se necesitan son las siguientes:

- ✓ Encargado de Ingresar la información en los Servicios de Salud (corresponde al usuario-i)
- ✓ Encargado de validar la información ingresada de cada Servicio de Salud (corresponde al usuario-js)
- ✓ Encargado de enviar la información de los convenios del cada Servicio de salud al Ministerio de Salud (MINSAL). (corresponde al usuario-e)
- ✓ Encargado de Gestión y Desarrollo MINSAL (nivel central), revisa y envía la información a DIPRES (corresponde al usuario -lm-rmin del MINSAL)
- ✓ Analista DIPRES



Formulación Ley Médica 2015

3.- Objetivo

Este proceso tiene por objeto elaborar el Decreto de Formulación de la Ley Médica y la elaboración de los convenios de los establecimientos con sus respectivos Servicios de Salud, en los cuales comprometen indicadores de desempeño para pago de bonificación por desempeño colectivo institucional a que se refiere el artículo 37 de la ley N°19.664.

4.- Formulación del decreto

EL MINSAL debe ingresar en la aplicación la propuesta del decreto de formulación en el cual se incluyen las definiciones estratégicas de los servicios de salud definidas en el proceso presupuestario y las áreas prioritarias. También se debe ingresar los compromisos a nivel nacional para el siguiente año, los que se plantean como indicadores con sus respectivas metas y atributos (ámbito, notas, ponderación y medios de verificación).

5.- Formulación de los convenios de desempeño de los Servicios de Salud

Una vez firmado el decreto por el Ministerio de Hacienda y el Ministerio de Salud, se pone a disposición y se da a conocer los compromisos en materia de la Ley Médica a todos los Servicios de Salud y Establecimientos. Con este marco, los Servicios de Salud celebran convenios de desempeño con sus establecimientos y los ingresan a la aplicación.

6.- Cobertura

Los 29 Servicios de Salud deben formular convenios de desempeño, comprometiendo al menos un indicador por área prioritaria definida en el decreto, asimismo los establecimientos dependientes de los Servicios de Salud del país deben comprometer a lo menos tres indicadores de los establecidos en el decreto de formulación, con la finalidad de cubrir un rango mínimo de aspectos/funcionalidades.

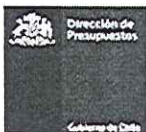
7.- Glosario

A continuación se incluye un glosario de términos para facilitar el ingreso de información a la aplicación:

- 7.1. Indicador de Desempeño: Es una herramienta que entrega información cuantitativa respecto al logro o resultado en la entrega de los productos (bienes y/o servicios) generados por la institución, pudiendo cubrir aspectos cuantitativos o cualitativos de este logro. Es una expresión que establece una relación entre dos o más variables, la que comparada con períodos anteriores, productos similares o una meta o compromiso, permite evaluar desempeño.

Los indicadores de desempeño deben cumplir algunos requisitos básicos, entre los cuales destacan la pertinencia, la independencia de factores externos, la comparabilidad, requerir de información a costos razonables, ser confiables, simples y comprensivos y constituir información de carácter público.

El resultado de los indicadores permite inferir directa o indirectamente una medida del logro de las metas propuestas. Estas metas pueden estar directamente relacionadas con alguno de los productos estratégicos (bienes y/o servicios) que ofrece la institución, o tener un carácter más amplio, que englobe todo su quehacer.



Formulación Ley Médica 2015

Los aspectos que deben señalarse en este punto del formulario son los siguientes:

7.1.1. Nombre: Es una breve descripción que da cuenta del aspecto a medir. Su estructura debe ser tal que la denominación sea clara, precisa y auto explicativa.

7.1.2. Dimensiones del Desempeño

Las dimensiones del desempeño de una institución que son factibles y relevantes de medir a través de un indicador son: *eficacia, eficiencia, economía y calidad del servicio*. Cada uno de los indicadores de la institución debe ser clasificado en alguna de las dimensiones señaladas.

En forma específica, cada uno de estos conceptos debe entenderse como sigue:

Eficacia: Se refiere al grado de cumplimiento de los objetivos planteados, es decir, en qué medida el área, o la institución como un todo, está cumpliendo con sus objetivos, sin considerar necesariamente los recursos asignados para ello.

Es posible obtener medidas de eficacia, en tanto exista la claridad respecto de los objetivos de la institución. Así, servicios que producen un conjunto definido de prestaciones, orientadas a una población acotada, pueden generar medidas de eficacia tales como cobertura de los programas, aceptabilidad de la prestación, tiempo de tramitación de los beneficios, etc.

Eficiencia: Describe la relación entre dos magnitudes: la producción física de un producto y los insumos o recursos que se utilizan para alcanzar ese nivel de producto. En otros términos, se refiere a la ejecución de acciones, beneficios o prestaciones del servicio utilizando el mínimo de recursos posibles.

En el ámbito de los Servicios Públicos existen muchas aproximaciones a este concepto. En general, se pueden obtener mediciones de productividad física relacionando el nivel de actividad, expresado como número o cantidad de acciones, beneficios o prestaciones otorgadas, con el nivel de recursos utilizados (gasto en bienes y servicios, dotación de personal, horas extraordinarias, etc.).

Otro tipo de indicadores de eficiencia es el que relaciona volúmenes de bienes y servicios o recursos involucrados en su producción, con los gastos administrativos incurridos por la institución.

Economía: Este concepto se relaciona con la capacidad de una institución para generar y movilizar adecuadamente los recursos financieros en pos de su misión institucional.

En el marco de la misión institucional, la administración de recursos exige siempre el máximo de disciplina y cuidado en el manejo de la caja, del presupuesto, de la preservación del patrimonio y de la capacidad de generar ingresos.

Algunos indicadores de economía de una institución pueden ser su capacidad de autofinanciamiento, la eficacia en la ejecución de su presupuesto o su nivel de recuperación de préstamos.



Formulación Ley Médica 2015

Calidad del Servicio: La calidad del servicio es una dimensión específica del concepto de eficacia que se refiere a la capacidad de la institución para responder en forma rápida y directa a las necesidades de sus clientes, usuarios o beneficiarios. Son elementos de la calidad factores tales como: oportunidad, accesibilidad, resolución de denuncias/reclamos, precisión y continuidad en la entrega del servicio, comodidad y cortesía en la atención. Mayor detalle en Anexo N° 1.

Un modo directo de medir estos conceptos es a través de encuestas periódicas a los usuarios. Una manera indirecta de conocer su grado de satisfacción con el producto es el resultado de procesar la información recibida a través de libros o buzones de reclamos.

Algunas relaciones que reflejan este concepto son, por ejemplo, número de reclamos sobre el total de casos atendidos, tiempo de tramitación de beneficios, tiempo de espera en oficinas de atención de público o velocidad de respuesta ante cartas, llamadas o reclamos por parte de los usuarios.

Es importante destacar que la medición del desempeño está enfocada al resultado en la entrega de productos estratégicos (bienes y/o servicios) al cliente/usuario/beneficiario. La medición del desempeño global de la institución requiere el desarrollo de un conjunto armónico y sistemático de indicadores y mediciones correspondientes a cada una de las dimensiones o factores citados.

7.1.3. Ámbitos de Control

Los indicadores de desempeño pueden utilizarse para obtener información de diferentes ámbitos necesarios de controlar en la implementación de políticas y programas públicos. Los ámbitos de control que son factibles y relevantes de medir a través de un indicador son los ámbitos de proceso, producto y resultado. En este último caso, el ámbito puede clasificarse como resultado intermedio o final.

Cada uno de los indicadores de la institución deben ser clasificados en alguno de los ámbitos señalados. En forma específica, cada uno de estos conceptos debe entenderse como sigue:

a) *Proceso.* Se refiere a actividades vinculadas con la ejecución o forma en que el trabajo es realizado para elaborar los productos (bienes y/o servicios), incluyen actividades o prácticas de trabajo tales como procedimientos de compra, procesos tecnológicos y de administración financiera. Estos indicadores ayudan en la evaluación de desempeño en áreas donde los productos o resultados son difíciles de medir.

b) *Producto.* Se refieren a los bienes y/o servicios producidos o entregados a los clientes, usuarios o beneficiarios, como primer resultado de la acción de un programa e idealmente considerando un cierto estándar de calidad. En este marco, la calidad de los bienes y servicios entregados por el programa, la cobertura y la focalización lograda se consideran mediciones en el ámbito de producto.



Formulación Ley Médica 2015

c) *Resultado*. Este tipo de indicador puede darse en dos niveles:

Resultado Intermedio. Se refiere a los cambios en el comportamiento, estado, actitud o certificación de los beneficiarios una vez que han recibido los bienes o servicios de un programa o acción pública. Su importancia radica en que se espera que conduzcan a los resultados finales y en consecuencia constituyen una aproximación a éstos.

Resultado Final o Impacto. Son resultados a nivel del fin de los bienes o servicios entregados e implican un mejoramiento en las condiciones de la población objetivo atribuible exclusivamente a la entrega de éstos. En algunas oportunidades es difícil realizar estas mediciones, principalmente, por la dificultad de aislar los efectos de otras variables externas y/o porque muchos de estos efectos son de largo plazo.

7.1.4. Fórmula de Cálculo

Es la expresión matemática que permite cuantificar el nivel o magnitud que alcanza el indicador en un cierto período, para el caso de la ley médica este periodo es anual, considerando variables que se relacionan adecuadamente para este efecto.

7.1.5. Datos Efectivos años anteriores.

En este recuadro se debe señalar, de acuerdo a la información disponible, los valores de años anteriores para el numerador y denominador de indicadores nuevos (que no se comprometieron el año anterior) y valores efectivos a Junio de 2014. En el caso de indicadores que se hayan sido evaluados en años anteriores, la aplicación muestra estos valores.

7.1.6. Meta

Corresponde a la meta que el servicio se compromete a alcanzar respecto al valor del indicador (meta de desempeño) al término del año, señalando el valor comprometido para el numerador y denominador del indicador.

7.1.7. Ponderación

Permite señalar la importancia relativa que cada establecimiento le otorga a cada indicador, a través de una ponderación que el establecimiento asigna a todos los indicadores incorporados al proceso. La sumatoria global de las ponderaciones de los indicadores debe ser igual a 100% para cada establecimiento. La ponderación definida debe ser concordante con la prioridad definida a nivel ministerial en el decreto de formulación.

7.1.8. Medio de Verificación

La información requerida para la medición de los indicadores se obtiene a través de instrumentos de recolección de los datos disponibles (encuestas, fichas, registros, otros). Estos datos son almacenados en bases de datos u otros instrumentos y transformados en información a través de mecanismos de sistematización tales como informes consolidados, reportes, agregación de datos (subtotales por región, por mes, por producto, etc. o cuadros resúmenes). La sistematización de la información desde los registros, encuestas, bases de datos, u otros, corresponden a medios de verificación necesarios para verificar los valores informados en cada dato del indicador, su consistencia y no sólo el valor final. Una correcta definición de los medios de verificación tiene implicancia directa en el proceso de evaluación del



Formulación Ley Médica 2015

cumplimiento de las metas de los indicadores, ya que los Establecimientos deberán presentar medios de verificación para todas las variables que conforman el algoritmo de cálculo del indicador (numerador y denominador), debiendo esta información corresponder exclusivamente al periodo comprendido entre el 1 de enero y 31 de diciembre de 2015, o la temporalidad de medición establecida en el indicador.

Los medios de verificación presentados en el marco del proceso de evaluación deberán permitir verificar y comprobar que la meta comprometida se cumple. Por lo tanto:

- Debe haber consistencia entre los valores informados en la aplicación web dispuesta por DIPRES (para cada variable y para el valor final de cada indicador), y los documentos presentados. La existencia de diferencias o inconsistencias en esta información, impide verificar el cumplimiento de un indicador.
- La información debe estar sistematizada, es decir, presentada en cuadros consolidados, con datos agregados, subtotaes por página, mes, etc. según corresponda, de manera que se pueda realizar comprobaciones aleatorias de cifras parciales y totales, y contrastar con las bases de datos, fichas, registros u otros. Los medios de verificación no sistematizados impiden verificar los valores efectivos informados por el Servicio. En consecuencia, para los casos de indicadores cuyos medios de verificación no cumplan con los criterios señalados, no será posible verificar su cumplimiento, razón por la cual se les considerará como no cumplidos.

7.1.9. Notas

Precisión de alguna de las variables del indicador como por ejemplo conceptos técnicos o descripciones de aspectos metodológicos de la medición; que permitan clarificar el ámbito y alcance de la medición.

8.- Reportes

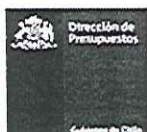
La aplicación genera los siguientes reportes que facilitan la emisión del decreto de formulación y de los convenios de desempeño. Los reportes son:

- 8.1. Reporte F1 Compromisos de los Servicios de Salud: muestra todos los indicadores agregados de los Servicios de Salud, ordenados según área prioritaria, los valores efectivos del año anterior (numerador y denominador), resultado efectivo y meta para el año para cada servicio de salud. (Formulario F1 según nomenclatura MINSAL)
- 8.2. Reporte F2: Formulación de metas de establecimiento. Muestra para cada establecimiento el indicador comprometido, su fórmula de cálculo, la meta mínima (definida en el decreto de formulación), la prioridad (definida en el decreto de formulación), ponderador, numerador, denominador y meta a comprometer. Muestra resumen de total ponderaciones alta, mediana y total metas. (Formulario F2 según nomenclatura MINSAL).
- 8.3. Reporte F3: Formulación de metas en el ámbito de Servicio de Salud. Muestra para cada Servicio de Salud, el indicador comprometido, su fórmula de cálculo, la meta mínima (definida en el decreto de formulación), la prioridad (definida en el decreto de formulación), valor efectivo año anterior (numerador y denominador) y valores a comprometer (ponderador, numerador, denominador y meta). Muestra resumen de total ponderaciones alta, mediana y total metas (Formulario F3 según nomenclatura MINSAL)



Formulación Ley Médica 2015

- 8.4. Base Excel Indicadores: muestra todos los indicadores comprometidos por todos los Establecimientos y Servicios de Salud.
- 8.5. Reporte decreto: muestra en formato Word el decreto de formulación.



Formulación Ley Médica 2015

ANEXO N° 1

ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA ELABORACIÓN DE INDICADORES EN LA DIMENSIÓN DE CALIDAD.

La definición de indicadores de desempeño en la dimensión de calidad debe considerar las distintas áreas que involucra la provisión de bienes y/o servicios públicos, las que en general se pueden establecer en:

- Oportunidad
- Satisfacción de usuario(a)s
- Resolución de denuncias / reclamos
- Calidad producto / servicio
- Accesibilidad

Cada una de estas áreas mide aspectos específicos de la calidad de servicio, pudiendo ejemplificarse en cada caso las siguientes mediciones:

Oportunidad: corresponde a las mediciones de tiempos promedio en la provisión de bienes y/o servicios; a la capacidad de la institución de proveer sus bienes y/o servicios o dar respuesta a sus clientes, usuarios o beneficiarios en un tiempo estándar definido; y las mediciones referidas a continuidad de servicio.

Satisfacción de usuario(a)s: corresponde a mediciones referidas a nivel de satisfacción del cliente, usuario o beneficiario y las tasas de reclamo.

Resolución de denuncias / reclamos: se refiere a las tasas de respuesta de la institución ante denuncias o reclamos presentados por clientes, usuarios o beneficiarios finales.

Calidad producto / servicio: se refiere a las mediciones asociadas a tasas de rechazo o aceptación de bienes y/o servicios provistos a los clientes, usuarios o beneficiarios finales, pudiendo medirse durante o posterior a su entrega. Asimismo, se consideran mediciones referidas al cumplimiento de estándares de calidad de los bienes y/o servicios provistos.

Accesibilidad: corresponde a mediciones referidas a la facilitación del acceso a los clientes, usuarios o beneficiarios finales y la simplificación de trámites.