

CCC/AVS/JVC/GAR/CAA/NOH/CSB

OFICINA DE PARTES

08 OCT. 2015

RECIBIDO

SANTIAGO. 30 SET. 2015

EXENTO N° 442

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.		

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

08 933 / 2015

OF DE PARTES DIPRES
08.10.2015 16:02

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°2410 de fecha 17 de Septiembre del 2015 del Sr. Ministro 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 1°.- Establézcanse las áreas prioritarias y objetivos que a continuación se indican, que deberán ser cumplidos dentro del período comprendido entre el 1° de enero y 31 de diciembre del 2016, por los Servicios de Salud:



COMPROMISOS PARA EL CONJUNTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

1. Área Atención Médica a Usuarios.

Nº	Tipo de Indicador	Indicador de Desempeño	Formula de Cálculo	Meta 2016	Prioridad	Medio de Verificación
1.1	Eficacia	Porcentaje de pacientes hipertensos compensados (< 140/90 mmHg) bajo control en el grupo de 15 y más años en el nivel primario, año t.	$(N^{\circ} \text{ pacientes hipertensos de 15 y mas años bajo control en el nivel primario, con P.A. } < 140/90 \text{ mmHg, año t} / \text{Total de pacientes hipertensos de 15 y mas años bajo control en el nivel primario en año t}) * 100$	$\geq 66\%$	Alta	Resumen Estadístico Mensual
1.2	Eficacia	Porcentaje de pacientes diabéticos compensados (HbA1c < 7) bajo control en el grupo de 15 y más años en el nivel primario, año t	$(N^{\circ} \text{ pacientes diabéticos en el grupo de 15 y mas años bajo control en el nivel primario con HbA1c } < 7, \text{ año t} / \text{Total de pacientes diabéticos en el nivel primario en año t}) * 100$	$\geq 42\%$	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	$(N^{\circ} \text{ tota de días de estada en establecimientos de alta complejidad en un año t} / \text{Número total de pacientes egresados de hospitalización de establecimientos de alta complejidad año t})$	$\leq 6 \text{ días}$	Media	Resumen Estadístico Mensual, Informe Servicio de Salud, Validado por el Depto. De Estadísticas del SS

2. Área de Atención Odontológica a Usuarios

Nº	Tipo de Indicador	Indicador de Desempeño	Formula de Cálculo	Meta 2016	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
2.3	Eficacia	Porcentaje de Embarazadas con Alta Odontológica Total respecto al ingreso en el Nivel Primario de Atención en año t	$(N^{\circ} \text{ de altas de atención primaria de embarazadas con alta odontológica total año t} / N^{\circ} \text{ Total de embarazadas ingresadas a Programa prenatal año t}) * 100$	$\geq 68\%$	Alta	Resumen Estadístico mensual



3. Área de Apoyo Clínico

Nº	Tipo de Indicador	Indicador de Desempeño	Formula de Cálculo	Meta 2016	Prioridad	Medio de Verificación
3.1	Eficacia	Porcentaje de Recetas para pacientes ambulatorios dispensadas completas el mismo día de su presentación en la farmacia	$((N^{\circ} \text{ de recetas para pacientes ambulatorios dispensadas en el año } t \text{ completas el mismo día de su presentación en la farmacia} / N^{\circ} \text{ Total recetas para pacientes ambulatorios dispensadas en el año } t) * 100)$	$> = 98\%$	Media	Planilla diaria de registro de dispensación u otro medio similar disponible validado, por el Jefe del Área
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	$((N^{\circ} \text{ de camas en trabajo de hospitales de Alta Complejidad con sistema de dispensación de medicamentos por dosis diaria funcionando en el año } t / N^{\circ} \text{ Total de camas en trabajo de hospitales de Alta Complejidad en el año } t) * 100)$	$> = 95\%$	Media	Reporte de los Servicio de Salud de camas con dispensación de medicamentos por dosis diaria, validado por el Jefe del Área.

4. Área Coordinación de Red Asistencial.

Nº	Tipo de Indicador	Indicador de Desempeño	Formula de Cálculo	Meta 2016	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, cuyo registro se obtiene del REM P sección B. Los pacientes hipertensos 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, cuyo registro se obtiene del REM P sección A.

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, cuyo registro se obtiene del REM P sección B. 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, cuyo registro se obtiene del REM P sección A.

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, REM 21.

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. La información debe ser validada por la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente, de acuerdo a los registros que se tienen para ello.

1.5 Este indicador, da cuenta del número de días cama promedio acumulados ocupados por cada egreso hospitalario durante el periodo observado. Para efectos del análisis, sólo se consideran los establecimientos hospitalarios de Alta Complejidad y se computa el total de días de estada del establecimiento, excluyendo los días de estada de salud mental y geriatría, la fuente de información a utilizar es el informe Glosa 04 del Servicio del Servicio, sobre la base del REM 20.

2.1 La atención odontológica para niños de 6 años incorporada en AUGÉ 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, ionómeros 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. Estas actividades se registran en el REM A09, sección I.

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 2016, se registra el número de pacientes que han terminado su tratamiento



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 2016, 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.

2.3 El alta odontológica en embarazadas consiste en una atención realizada por un Cirujano Dentista, dirigida a educar, prevenir, recuperar, y rehabilitar la salud bucal de la mujer gestante, cuyo registro se obtiene del REM A09. Los odontólogos(as) deben comprometer e involucrar a sus pacientes en el manejo de su enfermedad. Por esto, todo procedimiento preventivo y/o restaurador debe ser realizado en conjunto con educación de la paciente, ya sea por el Odontólogo o por el personal paramédico de odontología, cada vez que la gestante acuda a tratamiento, mientras se alcanza el alta planificada. Las orientaciones para la promoción, prevención y tratamiento de las embarazadas se encuentran en la Guía Clínica GES Salud Oral Integral de la Embarazada. El N° Total de embarazadas ingresadas a Programa prenatal corresponde a aquella gestante diagnosticada por condición de embarazo en la Atención Primaria, cuyo registro se obtiene del REM A03.

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. Los medios verificadores deberán ser los Informes elaborados por la Unidad de Farmacia sobre la base de los registros diarios que el establecimiento tenga para ello

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. Los medios verificadores deberán ser los Informes elaborados por la Unidad de Farmacia sobre la base de los registros diarios que el establecimiento tenga para ello

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 2016 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 01/01/2016 al 31/12/2016. 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 2016, 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. El medio verificador será el informe de actividades programadas/cumplidas mensual por establecimiento emitido y derivado por FONASA a los Servicios de Salud, en donde se detalle el nivel de cumplimiento de las actividades sobre las cuales se transfirieron los recursos de Prestaciones Valoradas GES.

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 MEDIA 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 2015 presentaron en alguno (s) de los indicadores del presente decreto un mejor desempeño respecto de la meta fijada para el 2016, 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 2016.

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 DE LA PRESIDENTA DE LA REPÚBLICA



RODRIGO VALDÉS PULIDO
MINISTRO DE HACIENDA



DRA. CARMEN CASTILLO TAUCHER
MINISTRA DE SALUD

